

Aus der Nervenlinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
(Direktor: Professor Dr. H.H. Wieck)

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit durch endogene Psychosen

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
dem Fachbereich Medizin
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt von
Hans Heischmann
aus Nürnberg

1977

1977 101

Aus der Nervenlinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
(Direktor: Professor Dr. H.H. Wieck)

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit durch endogene Psychosen

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
dem Fachbereich Medizin
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt von
Hans Heischmann
aus Nürnberg

Gedruckt mit Erlaubnis des Fachbereichs Medizin
der Universität Erlangen-Nürnberg

Dekan: Prof.Dr.E.Rügheimer

Referent: Priv.-Doz.Dr.R.Baer

Korreferent: Prof.Dr.H.H.Wieck

Tag der mündlichen Prüfung: 17. Februar 1977



Meinen Eltern

Digitized by the Internet Archive
in 2026

	Seite
1. Einleitung.....	1
2. Die Problematik in der neueren Literatur.....	3
2.1 Die Problematik der verminderten Erwerbsfähigkeit bei Schizophrenen.....	14
2.2 Die Problematik der verminderten Erwerbsfähigkeit bei Zyklothymen.....	20
2.3 Der Begriff der Minderung der Erwerbsfähigkeit.....	21
3. Krankengut und Methodik.....	27
4. Ergebnisse.....	29
4.1 Diagnose.....	29
4.2 Erstmanifestationsalter.....	31
4.3 Anzahl der bisherigen stationären Aufenthalte.....	32
4.4 Dauer der stationären psychiatrischen Behandlung.....	34
4.5 Schulbesuch und Berufsausbildung.....	38
4.6 Therapie.....	39
4.6.1 Therapie an der Universitäts-Nervenklinik Erlangen im Zeitraum von 1940-51.....	41
4.6.2 Therapie an der Universitäts-Nervenklinik Erlangen im Jahre 1972.....	50
4.6.3 Vergleichende Betrachtung: Elektrokrampfverfahren und Psychopharmaka.....	55
4.6.4 Soziotherapie und Psychotherapie.....	60
4.7 Die Minderung der Erwerbsfähigkeit durch endogene Psychosen.....	63
4.7.1 Angaben zu Beruf und Erwerbsfähigkeit der schizophrenen und zyklthymen Patienten in den Krankenblättern der Jahre 1940-51.....	63
4.7.2 Angaben zu Beruf und Erwerbsfähigkeit der schizophrenen und zyklthymen Patienten des Jahres 1972.....	72
5. Diskussion.....	95
6. Zusammenfassung.....	101
7. Literatur.....	102

1. Einleitung

Im großen sozialpsychiatrischen Aufgabenbereich, vor den uns die endogenen Psychosen stellen, dürfte das Thema "Minderung der Erwerbsfähigkeit" weder richtungs- noch zukunftsweisend sein. Gemeint sei hiermit das Bestreben der Sozialpsychiatrie, die Bemühungen um Rehabilitation des psychisch Kranken soweit voranzutreiben, daß möglicherweise in absehbarer Zeit die berufliche Wiedereingliederung an der Tagesordnung, das vorzeitige Ausscheiden aus Berufs- und Erwerbsleben nur eine seltene Ausnahme wäre. So sehr diese Aussicht auch faszinieren mag, so wenig real erscheint sie gegenwärtig für jene Kranken, die wegen schwerer und schwerster Defektzustände in psychiatrischen Krankenhäusern meist ohne Aussicht auf Besserung und Entlassung untergebracht sind. Doch läßt es sich vorstellen, daß man künftig mehr und mehr in der Lage sein wird, durch geeignete Therapien einen schweren und später oft unbeeinflußbaren Defektzustand zu verhindern. Inwieweit hier die Ausübung einer Arbeit von Bedeutung sein kann, sei mit einem Wort von SCHULTE (1958) gezeigt: "Vielleicht hat dieses Ziel mindestens befristeter relativer Gesundung gerade durch arbeitstherapeutische Maßnahmen erreicht oder gefördert werden können". Da eine erfolgreich betriebene Arbeitstherapie und eine gute berufliche Wiedereingliederung den weiteren Krankheitsverlauf offenbar günstig beeinflussen, kann wiederum auch eine günstigere Prognose gestellt werden. Ist aber der psychisch Kranke aus dem Berufsleben ausgeschieden, führt der Weg erfahrungsgemäß eher zu weiterem autistischen Verhalten als zurück zu einem früher vertrauten Lebensstil. Arbeit, berufliche Wiedereingliederung und Heilung bzw. Besserung des psychisch Kranken scheinen sich somit weit eher zu bedingen, als früher angenommen wurde.

Was berechtigt nun dennoch, das Problem einer Minderung der Erwerbsfähigkeit bei psychisch Kranken zu erörtern? Ein Eingehen auf diesen Problembereich erlaubt unter anderem eine Bestandsaufnahme zum gegenwärtigen Zeitpunkt sowie einen Vergleich zur ver-

sicherungsrechtlichen Praxis von früher, ebenso auch eine Gegenüberstellung der Berentungspraxis bei schizophrenen und zyklischen Patienten. So lange die Pharmakotherapie oder andere Therapien eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation nicht in jedem Fall gewährleisten können, wird man zwangsläufig die vorzeitige endgültige oder auch befristete Berentung zum Wohle etlicher psychisch Kranker akzeptieren müssen. So sehr aber auch eine Berentung zu gegebener Zeit notwendig erscheint, so schwer wiegt sie oft für das weitere Leben. Dieser Gesichtspunkt sollte nicht außer acht gelassen werden.

Nicht selten bleibt auch deshalb keine Möglichkeit zu einer beruflichen Wiedereingliederung, weil noch zu wenige Rehabilitationseinrichtungen existieren. Auch ein Scheitern der beruflichen Rehabilitation kann andererseits ebenso zur Berentung führen.

Ferner soll über die Vielfalt beruflicher Wege und beruflichen Scheiterns - insbesondere von Schizophrenen - berichtet werden. Nur im Kennenlernen und in der Auseinandersetzung mit dem bisher Erreichten dürfte sich das größere Ziel einer umfassenden Wiedereingliederung als Regelfall vorstellen lassen.

2. Die Problematik in der neueren Literatur

"Wie kaum an anderer Stelle zeigt sich bei den endogenen Psychosen, wie wenig mit der Krankheitsbezeichnung für die Frage, ob berufs unfähig oder nicht, gesagt ist". Diese oft zitierte Feststellung SCHULTES (1958) weist auf die Schwierigkeiten bei der Begutachtung hin. Es wird deutlich, wie sehr eine differenzierende Betrachtung angezeigt ist. Man bemerkt des weiteren, daß innerhalb der Vielfalt von Schweregrad und Verlaufsform der sogenannten Geistes- und Gemütskrankheiten die noch ungeklärte Ätiologie das wesentliche gemeinsame Moment der endogenen Psychosen darstellt. Eine leicht verlaufende, einmalige zylothyme Depression und eine schwere Defektschizophrenie mögen sich allenfalls in psychopathologischer Hinsicht geringfügig ähneln, lassen aber hinsichtlich der Prognose und der beruflichen und sozialen Folgen für den Patienten keinerlei einheitliche Aussage zu. So kennen wir leicht und schwer verlaufende, einmalige und rezidivierende Formen der zylothymen Depression und Manie, schließlich die bipolaren Verlaufsformen und die atypischen Psychosen oder Mischpsychosen. Unter den rezidivierenden Psychosen unterscheiden wir Formen mit langem oder kurzem Intervall. In analoger Weise unterteilt man die Gruppe der schizophrenen Erkrankungen in akute und chronische Schizophrenien, in einfache und wellenförmige, remittierende und progrediente Verläufe, leichtere und schwere chronische Zustände, hinsichtlich der Psychopathologie schließlich in die paranoid-halluzinatorischen Schizophrenien, die Katatonie, die Hebephrenie sowie die Schizophrenia simplex. Auch M. BLEULER (1972) schlägt wohl nicht zuletzt auch aus diesem Grund vor, nicht von der Schizophrenie, sondern von der Gruppe der Schizophrenien zu sprechen.

Auf Schwierigkeiten stößt man auch, sobald man versucht, das Objekt der Erwerbsfähigkeit, also den Begriff der Arbeit, zu definieren. BENNETT (1972) führt zu dem Wort "Arbeit" aus: "Wir verwenden es, um die Rolle bzw. Position zum umschreiben, die wir innehaben, aber auch um unsere Aufgaben und Mühen zu

umschreiben, die wir uns bei ihrer Erfüllung machen. Als Ärzte interessieren wir uns im Zusammenhang mit Arbeit in erster Linie dafür, wie sich Krankheit und Behinderung auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Auf Grund unserer medizinischen Ausbildung sind wir gewöhnt, bei körperlichen Störungen an Arbeitsunfähigkeit zu denken, wenn sie mit Einschränkungen der Mobilität verbunden sind. Die Auswirkungen solcher körperlicher Behinderungen sind deutlich sichtbar und klar erkennbar. Die Konsequenzen psychischer Störungen für die Arbeitsfähigkeit sind weniger leicht verständlich. Diese recht offensichtliche Tatsache wird unterstrichen von der großen Zahl mechanischer Apparate und Prothesen, die der Steigerung der Leistungsfähigkeit körperlich Kranker dienen. Das Fehlen ähnlicher Hilfen für psychisch Kranke läßt sich als Ausdruck unseres Unvermögens deuten, ihre Behinderung im Kern zu verstehen". Eine mögliche Definition gibt Elliott JAKES (1965). Er versteht unter Arbeit "die Ausübung von Urteils- oder Ermessungsfähigkeit innerhalb vorgegebener Grenzen, um eine Aufgabe zu erfüllen oder ein Ziel zu erreichen". Das Ziel der Arbeit kann hierbei ökonomisch oder nicht-ökonomisch sein (Dienstleistungen ohne Entgelt innerhalb der Familie, während der Freizeit oder für karitative Zwecke). In der Arbeit wird auch das Bedürfnis des Menschen nach Anerkennung offenbar. BERNE (1966) verweist des weiteren auf das Bedürfnis des Menschen, seine Zeit zu strukturieren. Die verbreitetste, praktischste, bequemste und nützlichste mögliche Methode zur Strukturierung der Zeit bestehe im Umgang mit der Materie der äußeren Realität, was man gewöhnlich als Arbeit bezeichne. Die Wiedererlangung der vollen Erwerbsfähigkeit auch bei Patienten, die an einer endogenen Psychose erkrankten, dürfte somit das Ziel jeder Behandlung sein, nicht zuletzt wegen der großen Wahrscheinlichkeit, daß eine Erwerbstätigkeit den Patienten psychisch stabilisiert und ein Rezidiv verhindern hilft. IRLE und PÖRKSEN (1971) verweisen auf die Meinung vieler Psychiater sowie auf Untersuchungen, denen zufolge eine Wiedererkrankung nach erstem schizophrenen Schub zumindest unter anderem das Ergebnis ungünstiger sozialer Einbettung sei. Auch ihre eigenen Untersuchungen erbringen gewichtige Hinweise dafür, daß Wiedererkrankung oder Nicht-

wiedererkrankung in starkem Ausmaß mit der beruflichen Position zusammenhängen. Jedenfalls scheint ihnen der Schluß erlaubt, "daß u.a. auch allein die Tatsache gelungener beruflicher Bewährung sich dahingehend auswirkt, daß Wiedererkrankung hinausgeschoben oder vermieden wird."

Eine berufliche Wiedereingliederung wird aber in etlichen Fällen nicht erreicht; dies trifft auch für einige Fälle zu, bei denen man von einem Rehabilitationserfolg spricht. BENNETT (1972) weist insbesondere auf eine Unterscheidung der beruflichen Wiedereingliederung von der Rehabilitation hin: "Alle Patienten gleichgültig wie 'chronisch' sie sind, sind in dem Sinne rehabilitierbar, daß man ihnen helfen kann, in einem möglichst normalen sozialen Bezugssystem den besten Gebrauch von den ihnen verbliebenen Fähigkeiten zu machen. Dagegen können nicht alle Patienten wieder in den Arbeitsprozeß eingegliedert werden." Einen weiteren Gesichtspunkt führt BAER (1973) an: "Es ist zu prüfen, ob mit der psychopathologischen Vollremission eine volle Rehabilitation verbunden ist oder ob das bipersonale Relevanzgefüge die Krankheit überdauernde Veränderungen erleidet."

Soweit Mittel und Möglichkeiten für eine umfassende Rehabilitation zur Verfügung stehen, wird der Psychiater aber zunächst eine berufliche Wiedereingliederung auf diesem Wege anstreben. Sofern dieses Ziel nicht erreicht wird, kann es sich -wie erwähnt- dennoch um eine erfolgreiche Rehabilitation handeln, wenn der Gebrauch von verbliebenen Fähigkeiten erlernt und eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft erreicht wurde. In diesem Sinne führt GERCKE (1973) aus: "Als Rehabilitation im weitesten Sinne sehen wir eine Aufgabe an, die dem Menschen -gleich welchen Alters oder Geschlechtes- zu dienen hat, um ihm im Rahmen des Möglichen ein Optimum an körperlichem, geistig-seelischem und sozialem Wohlbefinden zu verschaffen". Und er erläutert weiterhin: "Rehabilitation ist Hilfe zur Selbsthilfe, um in der Gemeinschaft in Arbeit, Beruf und Gesellschaft eigenständig bestehen zu können." Auch WING (1972) gibt eine ähnlich lautende Definition. Er versteht unter Rehabilitation die-

jenigen Maßnahmen, die Behinderte mindestens in einen Zustand zurückführen, in dem ihre verbleibenden Fähigkeiten soweit wie möglich in einer möglichst normalen Umgebung verwirklicht werden können, selbst wenn der vor Beginn der Erkrankung bestehende Funktionsgrad nicht zu erreichen ist. Den Stellenwert der Rehabilitation in der heutigen Zeit vermag das folgende Wort von PETRILOWITSCH und BAER (1970) zu bestimmen: "Mit den Eigentümlichkeiten der pharmakotherapeutischen Effekte -Eliminierung der akuten Symptomatik mit häufig nur inkompletter Restitution- hängt die zunehmende Bedeutung sozialpsychiatrischer Maßnahmen zusammen."

Stets sollte die Forderung "Rehabilitation vor Rente" gelten. Hierzu seien einige Ausführungen von GERCKE (1973) zitiert: "Die frühere Arbeitswelt kannte bei Verlust der Fähigkeit, den erlernten Beruf weiter auszuführen, nur die sogenannten "Invalidenberufe" und demzufolge als das ärztlich-kurativ-schulmedizinische Denken im Falle der Nichtmehr-Wiederherstellung der ehemaligen Integrität und Leistungsfähigkeit die Rente als der Weisheit letzter Schluß. Die Rehabilitation ist daher von ihrer Ideologie her das genaue Gegenteil des Rentendenkens - in gewisser Beziehung sind Rehabilitation einerseits, Rente andererseits Pole, zwischen denen das Streben des betroffenen Menschen ebenso pendelt wie das Denken der Medizin, des Behandlers und des Begutachters. Vom Methodischen her steht historisch und auch zeitlich heute noch im Aufbau der Sozialversicherungsträger manches entgegen, dem Grundsatz "Rehabilitation vor Rente" volle Anerkennung zu verschaffen. Hier ist es einmal die Tatsache, daß der sogenannte Leistungs- oder Versicherungsfall im Sozialrecht sich stets an den Negativ-Feststellungen ausrichtete und auch heute noch ausrichtet, so der Arbeits u n fähigkeit, der Berufs- bzw. Erwerbs u n fähigkeit, der M i n d e r u n g der Erwerbsfähigkeit, der v e r m i n d e r t e n bergmännischen Berufsfähigkeit u.a.m..... Diesem zur Begründung des Leistungs- und Versicherungsfalles auch heute noch notwendigen negativen Leistungsbild ist in jedem Falle zur Praktizierung einer sinn-

vollen Rehabilitation keineswegs nur durch den medizinischen Sachverständigen, sondern durch die Gesamtärzteschaft stets vor Augen zu halten: wie ist das verbliebene Leistungsvermögen, welches positive Leistungsbild bietet der Patient, der kranke Versicherte, welche Bildungs-, Entwicklungs- und Förderungsmöglichkeiten sind hier gegeben?" Demzufolge soll man erst dann an eine Rente denken, wenn alle Rehabilitationsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. An anderer Stelle wird dies von GERCKE (1973) begründet: "Allem vorweg steht der humanitäre, christliche und gesellschaftliche Auftrag. Dem schließlich folgt das soziologische Faktum, das überwiegend im Selbstwert der Arbeit, des Schaffens gegenüber dem passiven Rentnerleben zu suchen ist - erst dann kommen alle anderen versicherungs- und volkswirtschaftlichen Überlegungen."

Auch in die Neuordnungsgesetze der Rentenversicherung vom 23. 2. 1957 wurde der Grundsatz aufgenommen, daß Arbeit und somit auch die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit den Vorrang gegenüber einer Berentung einnehmen. Hierfür werden Rehabilitationsmaßnahmen von den Versicherungsträgern angeboten. Neben der Heilbehandlung können Ausbildungen und Umschulungen auf andere Tätigkeiten finanziert oder Unterstützungen zum Überwechseln in eine neue Arbeitsstelle gewährt werden. Als soziale Betreuung ist vorgesehen: die Gewährung von Übergangsgeld sowie eine nachgehende Fürsorge zur Sicherung bereits erreichter Erfolge. Nach § 1236 ff. RVO rechtfertigt der hohe personelle und materielle Aufwand, den alle Rehabilitationsbemühungen bedingen, die Anlegung kritischer Maßstäbe. Es braucht zwar keine unmittelbar drohende Minderung der Erwerbsfähigkeit vorzuliegen, doch soll eine wesentliche Auswirkung auf die Erwerbstätigkeit des Versicherten zu erwarten sein; eine Besserung oder Linderung entsprächen diesen Erwartungen nicht. Im Hinblick auf schizophrene Kranke führt MÖLLHOFF (1965) hierzu aus: "Die psychiatrische Rehabilitation wird leider von vielen Versicherungsträgern noch sehr abwartend bewertet, man scheut zumeist wohl das große Engagement, das hiermit auch für die Verwaltung verbunden ist; hinzukommt, daß die Erfahrungen und Erfolge der

konstellativen Psychiatrie, der kommunikativen Psychotherapie, wie auch der medikamentösen Behandlung noch weitgehend unbekannt sind." Auf eine Unterrepräsentation der Psychosekranken in der Rehabilitation verweist auch GERCKE (1973). Schließlich sind Ergebnisse zur Rehabilitation von Psychosekranken meist unterschiedlich und kaum miteinander vergleichbar. Hinsichtlich chronisch schizophrener Patienten vermerken HEIM und SCHMID (1972), daß ein gezieltes Rehabilitationsprogramm die Tendenz zu milderer Symptomatik und besserer Anpassung unterstützt. Somit könne durchschnittlich ein Drittel der Patienten in der Gemeinde wieder eingegliedert und ein Drittel zumindest einer temporären, merkbaren Besserung zugeführt werden. Über das unterschiedliche Verhalten der schizophrenen Gruppe berichtet EARLY (1963): Paranoide Schizophrene, oft auch nach mehrjähriger Hospitalisierung, konnten mit 37% unter allen diagnostischen Gruppen mit am besten wieder eingegliedert werden, während die Gruppe der übrigen Schizophrenen eine hohe Rückfallquote aufwies. Zur Rehabilitationserwartung geben GROSS, HUBER und SCHÜTTLER (1973) an, daß sie bei psychotischen Erlebnis- und Ausdruckssymptomen der charakteristisch schizophrenen Remissions- und Defekttypen wesentlich geringer sei als bei der Adynamie der uncharakteristischen Defizienzsyndrome. Bei 53,1% war eine soziale Heilung erfolgt; davon konnten 36,2% ihr berufliches Niveau halten, 16,9% waren zwar voll erwerbstätig, doch nicht im erlernten Beruf tätig, wobei sich meist ein sozialer Abstieg ergeben hatte. Während aber von den uncharakteristischen Remissionstypen 61,2% sozial geheilt wurden, fand sich ein gleicher Erfolg nur bei 23,4% der Patienten mit charakteristischen Formen.

Zur Rückkehr in den früheren Beruf führt im allgemeinen eine vollständige und dauerhafte Genesung. Wie WIESER (1973) ausführt, gibt es aber auch eine "völlige soziale Wiedereingliederung, ohne daß der Kranke gesund geworden wäre. Leichte Beschwerden oder Restsymptome brauchen niemanden zu stören und können ohne Einfluß auf das weitere Schicksal des Menschen unter anderen Menschen bleiben." Es ließe sich eventuell eine gewisse Eigenwilligkeit feststellen, doch sei die Stellung im Büro oder das Verhältnis zu den Nachbarn hierdurch nicht beeinträchtigt. "Jedenfalls ist eine komplette

Wiederherstellung der sozialen Ausgangsverhältnisse durchaus möglich." Andererseits wird häufig die berufliche Laufbahn betroffen, sei es nach teilweiser oder auch nach völliger Genesung im Verlaufe einer endogenen Psychose. "Das einfachste Beispiel ist die Stellung im Beruf, die in vielen Fällen durch die Krankheit verlorengegangen ist. Der Sessel im Büro kann von einem anderen Angestellten eingenommen, der Werkzeugkasten einem neuen Arbeiter ausgehändigt oder die Planstelle einem nachrückenden jungen Mann übertragen worden sein. Im Team oder in der Mannschaft hat ein anderer die Stellung eingenommen, die eine Weile noch dem Kranken reserviert war, ehe man darüber verfügen mußte" (WIESER, 1973). In solchen Fällen gelingt es allerdings selten, eine gleichwertige berufliche Stellung zu finden. Meist folgt ein sozialer Abstieg, insbesondere dann, wenn nur eine teilweise Genesung zustande kam. Eine Wiedereingliederung in den alten Beruf, besonders in qualifizierte Tätigkeiten, kann somit entweder vorübergehend oder dauernd nicht mehr gegeben sein. Hierzu empfiehlt MÖLLHOFF (1965) folgendes Vorgehen: "Diesen Kranken wird man zunächst ihre eingetretene Leistungseinbuße angemessen nahebringen, sie selbst müssen diese Minderung des eigenen Vermögens erkannt und akzeptiert haben, ehe eine berufliche Umsetzung erfolgen kann. Die Vermittlung sollte, um soziale Diskriminierungen auszuschließen, vornehmlich in andere Betriebe, zumindestens aber eine andere Abteilung des Werkes erfolgen, in der der Kranke früher oft eine angesehene Position besaß. Aufgabe der BU-Rente kann es dann, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen, sein, die eingetretene finanzielle und soziologische Statuseinbuße mit zu kompensieren." Mit der Zuerkennung einer Berufsunfähigkeitsrente ergeben sich aber des öfteren Schwierigkeiten, von denen der gleiche Autor zu berichten weiß. "Die Verzahnung der einzelnen gesetzlichen Bestimmungen ist keineswegs glatt, dies wird besonders dann spürbar, wenn man versucht, einen noch erwerbsfähigen Patienten, der eine Berufsunfähigkeitsrente bezieht, über das Arbeitsamt in eine drei bis vier Stunden täglich zu leistende Arbeit vermitteln zu lassen. Man erhält dann stereotyp, unter Hinweis auf §§ 74 und 76 AVAVG, die Auskunft, daß der Arbeitssuchende aus 'gesundheit-

lichen Gründen nicht mehr in der Lage sei, eine Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes auszuüben", da im allgemeinen das gewünschte Leistungsvermögen für Frauen 26 und für Männer 42 Wochenstunden betrage. Es wird seitens der Arbeitsämter im allgemeinen formal zu- recht damit argumentiert, daß der betreffende Patient "der Arbeitsvermittlung nicht mehr zur Verfügung stehe". Die Arbeitsverwaltung hat andere Bewertungsmaßstäbe, sie kennt keine Beziehungen zur Leistungsgrenze und Verweisungstätigkeit." Durch den Aufbau eines eigenen sozialen Betreuungsdienstes durch verschiedene Landesversicherungsanstalten sei allerdings ein Schritt getan, um die Einordnungsschwierigkeiten, Zeitverluste und auch therapeutische Rückschläge zu verhindern. Auch HENNIES und HEUER (1969) sehen diese Schwierigkeiten bei der Berufsunfähigkeitsrente. "Theoretisch könnte der Mediziner wohl klären, ob der Versicherte bei voller Arbeitszeit mehr oder weniger als das halbe Arbeitspensum zu erreichen vermag. Eine solche Aussage wird aber der Wirklichkeit des Arbeitslebens nicht gerecht, da es keine Tarifordnung für krankheitsbedingte Minderleistungen gibt. Ein maßgebender Tatbestand könnte eher die Arbeitszeit sein." Sie werfen sodann das Problem auf, wieviele tägliche Arbeitsstunden dem Vorliegen einer Berufsunfähigkeit entsprächen. Die Teilzeitbeschäftigung und das Angebot am Arbeitsmarkt seien schließlich ein weiterer Problemkreis. Dem Mediziner als Gutachter wird empfohlen, sich zwei Fragen zu stellen: "Welche medizinischen Gründe sprechen eigentlich dagegen, daß der Versicherte noch täglich 8 - 9 Stunden arbeitet? Für welche Arbeitszeit reicht die restliche Leistungsfähigkeit höchstens aus?"

Läßt der psychische Zustand des Patienten die Ausübung einer Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt nicht mehr zu, so wird in der Regel eine Erwerbsunfähigkeitsrente zuerkannt. Bei einem Teil schizophrener Patienten kann oft nicht einmal an eine Entlassung aus der Anstalt gedacht werden. Nach WIESER (1973) kann sich die heutige Medizin durch nichts darüber hinwegsetzen, "daß etwa 10 Prozent der schizophrenen Erkrankten sich trotz optimaler Behandlung im Wesen mit der Zeit so sehr verändern, daß

sie ihr Dasein hinter sichtbaren oder unsichtbaren Mauern und in Obhut berufsmäßiger Helfer verbringen müssen." Auch unter besten Bedingungen könne sich mancher Schizophrene in der Familie, im Büro oder an der Werkbank nicht mehr halten und "müßte resigniert in die Anstalt zurückkehren. So pendelte sich die Erkenntnis über die Grenzen und Möglichkeiten der Resozialisierung in eine mittlere Ebene ein."

Welches Vorgehen empfiehlt sich schließlich bei der Begutachtung Schizophrener oder Zyklothymen hinsichtlich ihrer Erwerbsfähigkeit? MENDE (1966) vertritt bezüglich der Schizophrenie folgende Auffassung: "Die Beurteilung der Berufs- und Erwerbsfähigkeit ist von der Diagnosenstellung bei schizophrenen Patienten nur lose abhängig. Während eines akuten Krankheitsschubes ist Arbeitsunfähigkeit gegeben, und zwar zumeist schon infolge der notwendigen stationären Behandlung. Bei ausgeprägten irreversiblen Persönlichkeitsänderungen wird der Erkrankte allenfalls noch einfachste Arbeiten ausführen können, sofern seine gestörten Antriebsfunktionen und der seelische Potentialverlust überhaupt noch eine konkurrenzfähige Arbeitsleistung zulassen. Wenn aber eine gute Remission eingetreten ist, oder wenn die Persönlichkeitsänderung ein nur geringes Ausmaß hat, dann besteht kein Grund, womöglich generell bei diesen Menschen Erwerbsunfähigkeit anzunehmen... Wenn die Arbeitsbedingungen individuell gewählt und zugeschnitten werden, dann wird sich die Berentung unter Umständen längere Zeit hinausschieben oder vielleicht sogar ganz verhindern lassen. M. BLEULER empfiehlt den Schizophrenen zuzumuten, sich wie ein Gesunder zu verhalten, das heißt, man soll an seine Verantwortlichkeit appellieren, seine gesunden Kräfte immer wieder neu ansprechen und mobilisieren. Hier liegt der Kern aller Rehabilitationsbemühungen, die im Interesse des Kranken erst ausgeschöpft werden sollten, bevor die Erwerbsunfähigkeitsrente zuerkannt wird. Die Gewährung einer Teilrente wegen Berufsunfähigkeit kann dagegen die Rehabilitationsbestrebungen erleichtern. Sie wird in vielen Fällen zu befürworten sein." Auch SCHULTE (1958) wendet sich dagegen, bei der Entlassung aus der Anstaltsbehandlung in jedem Fall unter dem Eindruck des

Grundleidens Schizophrenie oder Zykllothymie die Berufsunfähigkeit auszusprechen, "auch wenn eine selbsttätige Arbeit außerhalb des Rahmens der Anstalt in der Tat viel schwerere Anforderungen stellt, denen gewiß mancher nicht gewachsen ist." Für Zykllothyme empfiehlt er die volle Berufstätigkeit während eines Intervalles. "Aber auch Schizophrenen sollte man nach Möglichkeit nicht von vornherein den Weg in eine einigermaßen befriedigende Arbeit durch zu entgegenkommendes Aussprechen einer Berufsunfähigkeit verbauen und ihnen lieber heilsame Beanspruchungsmöglichkeiten einräumen, auf die sie angewiesen sind. Sollte sich allerdings etwa schon auf Grund der Störungen des Antriebs, mancher Hemmungen und Sperrungen herausstellen, daß trotz guter körperlicher Kräfte doch die nötige Stetigkeit, Wendigkeit und Zuwendung nicht mehr aufgebracht werden kann, so bleibt nichts anderes übrig, als solche Kranke aus dem Arbeitsprozeß auszugliedern, schon auch um sie nicht einer im Konkurrenzkampf mit anderen leicht eintretenden beschämenden Insuffizienz und dem Vorwurf, sie könnten doch arbeiten, wenn sie nur wollten, unnötig auszusetzen." SCHRAPPE (1969) gibt folgende "Faustregel": "Folgt der jeweiligen Behandlung einer endogenen Psychose nicht innerhalb der Fristen der gesetzlichen Krankenversicherung weitgehende Besserung und offenbare, durch den Versuch objektivierte Arbeitsfähigkeit, ist eine Berentung auf Zeit unbedingt zu erwirken. Erst danach kann über die Notwendigkeit einer Dauerrente entschieden werden. Immer sollten aber vor Einleitung des Rentenverfahrens alle modernen psychopharmakologischen und soziotherapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft worden sein." Ungünstige Aussichten für eine betriebliche Wiederverwendung ergeben sich nach MÖLLHOFF (1965) bei Kranken mit floriden Psychosen, da das produktive Moment der Psychose mit einer verantwortungsvollen Tätigkeit nicht mehr vereinbar ist und zu Spannungen und Schwierigkeiten im Betrieb führt. In solchen Fällen hält MÖLLHOFF (1965) eine Berentung wegen Erwerbsunfähigkeit bis zur Erreichung einer Besserung für meist zwingend erforderlich. Dieselbe Empfehlung gibt er auch für die Fälle chronischer Wahnbildungen.

Nochmals sei darauf hingewiesen, daß eine übereilte Rentengewährung, insbesondere die übereilte Zuerkennung einer Erwerbsunfähigkeitsrente, von vornherein die Chance einer möglichst guten sozialen Wiedereingliederung zunichte machen kann. Nach MENDE (1966) kann "die Zuerkennung einer Teilrente wegen Berufsunfähigkeit die Rehabilitationsbemühungen vielfach erleichtern", womit er darüber hinaus darlegt, daß stets "das Bemühen um eine möglichst weitgehende soziale Wiedereingliederung" Ziel und Richtschnur sein sollte. Weit schärfer stellt diese Forderung GERCKE (1973), indem er folgendes festhält: "Ganz abgesehen davon, daß sich in unzähligen Fällen die Haltlosigkeit der unterstellten Erwerbsunfähigkeit herausgestellt hat, fehlen bei solchen Aktionen die subtilen somatischen, psychologischen und soziologischen Untersuchungen, die an allererster Stelle durchgeführt werden sollten, bevor man - wegen völliger Aussichtslosigkeit jeder Rehabilitation - zur Antragstellung wegen Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit auffordert." Wie der gleiche Autor darlegt, kann aber der Weg auch über falschen Arbeitseinsatz zur vorzeitigen Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit führen. Eine permanente und stete Überforderung ziehe früher oder später den Zusammenbruch des betreffenden Menschen nach sich. Sofern eine Invalidenrente befürwortet wurde, kann sich ein weiteres Problem stellen, auf das M.BLEULER (1972) hinweist: "Eine Invalidenrente kann den Kranken mit goldenen Ketten in Umstände bringen, die sich als Verbot zur Genesung auswirken." Die Angst, die Rente zu verlieren, könne also einer Besserung des Zustandes im Wege stehen. BLEULER fordert daher, "daß bei vorübergehenden Arbeitsversuchen die Rente noch nicht gefährdet wird und daß Patient und Angehörige erfassen können, was die Wiedergewinnung der Erwerbsfähigkeit unter Verlust der Invalidenrente für ein Glück bedeutet." Es sei aber darauf hingewiesen, "daß Arbeitsleistungen allein noch keine belangvolle Änderung darstellen, durch die die Erwerbsunfähigkeit kausal in Fortfall kommen kann. Arbeitsleistungen im Rahmen einer Klinik oder einer geschützten Werkstatt sind nicht wesensgleich mit der Fähigkeit zur Lohnarbeit; Vergleichsmaßstab muß immer der gesunde Versicherte mit seinem

"normalen" Anpassungs- und Umstellungsvermögen in Betrieb und in der Arbeitsgemeinschaft bleiben, der auch wechselnde Anforderungen und Wettbewerbsbedingungen erfüllen kann. Die Tatsache, daß eine Entlohnung erfolgt, berechtigt also allein nicht dazu, den Rentenanspruch abzulehnen, die besonderen Verhältnisse des Einzelfalles müssen berücksichtigt werden" (MÖLLHOFF, 1965). Behinderte und unvollständig Geheilte sollten nach WIESERS (1973) Auffassung "an geschützten Stellen" untergebracht werden. Eine vollständige und gleichwertige Integration sei mit dem System unserer Leistungsgesellschaft nicht vereinbar. Damit sich diese Kranken behaupten können, sollte ihnen ein optimaler sozialer Sonderstatus verschafft und dieser in der Gesetzgebung fest verankert werden. Zum anderen muß auch berücksichtigt werden, daß Patienten unter neuroleptischer Behandlung manche Tätigkeit nicht ausüben können. MÖLLHOFF (1965) ist der Meinung, "daß diese Patienten, zumindestens für die Dauer der ambulanten therapeutischen Initialphase, für alle Arbeiten ungeeignet sind, die an optischen und akustischen Steuerungsgeräten erfolgen (z.B. Walzstraßenführer, Straßen- und Bahnwärter usw.), die rasche Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit sowie Schwindelfreiheit erfordern, oder mit Absturzgefahr verbunden sind; außerdem sollten sie nicht an ungeschützten Maschinen verwendet und auch nicht zur Führung von Schienen- und Motorfahrzeugen eingesetzt werden. Die Verwendungsmöglichkeiten für verantwortungsvolle geistige Tätigkeiten, etwa Führungsaufgaben, ergeben sich naturgemäß aus dem jeweils vorliegenden psychopathologischen Bilde."

2.1 Die Problematik der verminderten Erwerbsfähigkeit bei Schizophrenen

Welche prozentuale Aufteilung hinsichtlich des beruflichen oder sozialen Schicksales schizophrener Patienten läßt sich treffen? Eine sehr ausführliche diesbezügliche Zusammenstellung hat M. BLEULER (1972) am Ende einer 22-23-jährigen Beobachtung von 208 Probanden erarbeiten können.

Es zeigen sich folgende Ergebnisse (M. BLEULER, 1972):

	sämtliche Probanden der Erhebung	Probanden, welche erst- mals hospitalisiert wor- den sind, als sie Pro- banden waren
a) erwerbsfähig außerhalb einer Klinik, nicht behandlungs- bedürftig	31 %	40 %
b) erwerbsfähig außerhalb einer Klinik, betreuungsbedürftig	3 %	4 %
c) betreuungsbedürftig in Familie und Heim, teilerwerbsfähig	9 %	9 %
d) betreuungsbedürftig in Familie und Heim, nicht erwerbsfähig	6 %	7 %
e) bloß aus körperlichen Gründen betreuungsbedürftig und nicht erwerbsfähig	1 %	1 %
f) zeitweise erwerbsfähig, zeit- weise betreuungsbedürftig außerhalb der Klinik	1 %	-
g) in psychiatrischer Klinik, Abtei- lung für leicht Kranke	12 %	6 %
h) in psychiatrischer Klinik, Abtei- lung für mittelschwer Kranke	12 %	10 %
i) in psychiatrischer Klinik, Abtei- lung für schwer Kranke	21 %	13 %
j) Wechsel zwischen Klinikpflege und häuslicher Betreuung, zum Teil er- werbsfähig	3 %	4 %
k) Probanden, die beim Abschluß der Beobachtung oder beim Tod noch keinen 5-jährigen einigermaßen stabilen Status erreichten	3 %	4 %

Seine Schlußfolgerung lautet somit: "Nach vielen Jahren seit Beginn der Schizophrenie sind demnach zwischen einem Viertel und einem guten Drittel der Schizophrenen erwerbstätig, außer-
halb psychiatrischer Spitäler und unbetreut." Und weiterhin:
"Nach vielen Jahren seit Beginn der Schizophrenie sind demnach
knapp ein Viertel aller Probanden und zwischen einem Zwanzigstel
und einem knappen Viertel der 1942/43 erstmals hospitalisierten
Probanden in Abteilungen für schwer Kranke". Während also 34%

bzw. 44% der Patienten erwerbsfähig außerhalb einer Klinik und 12 bzw. 13% nur zum Teil oder zeitweise erwerbsfähig sind, bleibt eine Gruppe von 52 bzw. 37%, die nicht erwerbsfähig ist, wobei mehr als drei Viertel dieser Patienten in einer psychiatrischen Klinik leben. Sofern die soziale Stellung von 70 vorzeitig verstorbenen schizophrenen Patienten für die Ergebnisse außer acht gelassen wird, ergibt sich ein prozentualer Zuwachs für die Gruppe der erwerbsfähigen Schizophrenen. WING (1972) berichtet von den Behandlungsergebnissen einer Studie mit 305 schizophrenen Patienten, deren Beobachtung sich über 5 Jahre hinweg erstreckt. Am Ende dieses Zeitraums ergab sich folgende Übersicht:

berufstätig, frei von psychotischen Symptomen	49 %
leicht gestört, aber berufstätig	7 %
arbeitslos während der letzten 6 Monate, aber nicht schwer gestört	16 %
schwere Verhaltensstörungen während der letzten 6 Monate	17 %
ununterbrochene stationäre Behandlung während der letzten 6 Monate des Untersuchungszeitraumes	11 %

Während in 56% der Fälle Berufstätigkeit und in 16% der Fälle Arbeitslosigkeit ohne schwere Störung vorlag, muß man bei 28 von 100 Patienten wohl eine Erwerbsunfähigkeit annehmen. Von den erstaufgenommenen Patienten dieser Gruppe waren zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung etwa zwei Drittel berufstätig. Eine Studie von KAPPLINGHAUS (1967) gibt den Anteil von unbefriedigend oder gar nicht eingegliederten sowie der berenteten Schizophrenen an, wobei er verschiedene Berufsgruppen und Defektgrade unterscheidet:

Männliche Probanden: Prozentsätze der unbefriedigend oder gar nicht eingegliederten Schizophrenen

	Arbeiter (159)	Angestellte (107)	Akademiker (17)
bei leicht Defekten	13%	9%	-
bei Mitteldefekten	54.5%	28%	50%
bei Schwerstdefekten	75%	38%	85.7%

Prozentsätze der berenteten Schizophrenen

bei leicht Defekten	6.8%	6%	-
bei Mitteldefekten	9.1%	25%	16.6%
bei Schwerstdefekten	25%	39.4%	14.3%
ungenügende Eingliederung oder Berentung	72.3%	55%	64.3%

Weibliche Probanden: Prozentsätze der unbefriedigend oder gar nicht eingegliederten Schizophrenen

	Hausfrauen (237)	Arbeiter (243)	Angestellte (63)	Akademiker (5)
bei leicht Defekten	35.5%	26.6%	13.6%	-
bei Mitteldefekten	97.8%	65.5%	36.8%	-
bei Schwerstdefekten	100%	51.6%	45.4%	-

Prozentsätze der berenteten Schizophrenen

bei leicht Defekten	-	3.3%	9.1%	
bei Mitteldefekten	-	17.7%	42.1%	
bei Schwerstdefekten	-	48.4%	50.1%	
ungenügende Eingliederung oder Berentung		77.3%	66.6%	80%

Soweit man die Fälle einer Berentung zusammenfaßt, ergibt sich für die Gesamtheit der männlichen Probanden ein Prozentsatz von 18.7, von 15.7 für die Gruppe der weiblichen Schizophrenen (Mittelwert der gar nicht oder nur sehr unbefriedigend arbeits- und erwerbsmäßig Eingegliederten: 46.7% der männlichen, 54.3% der weiblichen Probanden). Ferner weist KAPPLINGHAUS (1967) darauf hin, daß die berufliche und arbeitsmäßige Wiedereingliederung erst eigentlich schwierig ist, "wenn der Betreffende mehrfach behandelt war und

sich sog. bleibende Defekterscheinungen eingestellt haben. Die meist auf Kosten der Krankenkasse und jetzt immer kurzfristiger stationär behandelten Ersterkrankungen finden in der Regel ohne Schwierigkeit in ein passendes Berufs- und Arbeitsverhältnis zurück." Er fordert aber aufgrund der genannten Zahlen, die nachsorgenden Bemühungen um Arbeitsplatz und Beschäftigung ganz wesentlich auf die erheblich Erwerbsgeminderten zu konzentrieren, da für diese sowie für die bereits berenteten Schizophrenen fast unüberwindliche Schwierigkeiten in der Beschaffung einer passenden "Beschäftigungsmöglichkeit" bestehen. Allzu häufig blieben so die schwergeschädigten Schizophrenen untätig und isoliert, ohne eine Möglichkeit der Reaktivierung und sinnvollen Beschäftigung. Geschützte Arbeitsstätten sowie Übergangsheime sollten daher diese wichtige Aufgabe übernehmen. MÖLLHOFF (1965) berichtet von 60% der psychiatrischen Patienten, "die den Rückweg in das Erwerbsleben ohne Schwierigkeiten finden." Hinsichtlich der Gruppe der Defektschizophrenen berichtet er von 20% von insgesamt 1200 Probanden, die nach Beseitigung äußerer Schwierigkeiten und kurzer Fortführung einer intensiven Pharmakotherapie durch die Hausärzte in die alten Arbeitsplätze wiedereingegliedert werden konnten. Allerdings zeigten sich bei über 30% so starke Beeinträchtigungen, "daß eine Arbeit im erlernten und ausgeübten Beruf nicht vertretbar erschien." In diesen Fällen wurde eine Berufsunfähigkeitsrente beantragt. Bei über der Hälfte der Patienten wurde "wegen der Schwere der seelischen Störungen auch das Vorliegen der "Erwerbsunfähigkeit" bejaht. - HARTMANN (1973) berichtet über die berufliche und soziale Situation chronisch Schizophrener bei der Klinikaufnahme. Vor der Aufnahme hatten nur 10% der Kranken ihren Lebensunterhalt bestritten, weitere 6%, vor allem Hausfrauen, waren von ihrer Familie versorgt worden. Hingegen hatten 20% "ohne geregelte Tätigkeit von ihrer Familie unterstützt oder ohne nachweisbares Einkommen" gelebt, "15% hatten Arbeitslosenunterstützung oder Unterhalt vom Sozialamt bezogen und 33% waren Rentenempfänger, allermeist nach einer frühen Invalidisierung." MONCK (1963) fand bei einer Nachuntersuchung schizophrener Patienten ein Jahr nach ihrer Entlassung

aus einem Londoner Krankenhaus folgende berufliche Situation: In 25% der Fälle hatte sich eine gute berufliche Wiedereingliederung ergeben, weitere 25% der Patienten waren gut eingegliedert, hatten aber zwischenzeitlich wieder stationär behandelt werden müssen; bei etwa 50% blieb nur die Feststellung einer unregelmäßig ausgeübten Tätigkeit.

Wie schwierig es im Grunde ist, die verschiedenen Formen und Verläufe der Schizophrenien in bezug auf eine verminderte Erwerbsfähigkeit systematisch darzustellen, wird bereits durch HAASES (1967) Bemerkung über die Definition des Begriffes "chronisch" deutlich: "Soll man den Begriff "chronisch" definieren als ständig anstaltsbedürftig angesichts des relativ geringen Prozentsatzes Schizophrener in den psychiatrischen Krankenhäusern, oder als ständig behandlungsbedürftig angesichts der Tatsache, daß nahezu jeder, der einmal von einer schizophrenen Psychose erfaßt wurde, Gefahr läuft, ein Außenseiter der Gesellschaft zu werden, wenn man ihm nicht entgegenkommt? Soll man chronisch schizophren gleichsetzen mit nicht erwerbsfähig oder erwerbsgemindert angesichts der Tatsache, daß die Erwerbsfähigkeit von pharmako- und soziotherapeutischen Maßnahmen abhängig ist? Soll man chronisch schizophren definieren als dauernde Wesensänderung angesichts der Tatsache, daß nach den statistischen Erfahrungen von BLEULER u.a. 80 - 90% der schizophren Erkrankten zumindest eine leichte sogenannte defektive Persönlichkeitsveränderung mit Nachlassen der Kontaktfähigkeit, der affektiven Schwingungsfähigkeit und der Initiative erfahren?" Dieses Zitat zeigt zum einen, wie wenig scharf der Begriff "chronisch" für die Schizophrenien bisher umrissen werden konnte, zum anderen aber, welche große Rolle nicht-psycho-pathologische Kriterien wie z.B. die Minderung der Erwerbsfähigkeit für den Gebrauch dieses Begriffes spielen. Somit erscheint ein systematischer Vergleich verschiedener Formen und Verläufe der Schizophrenien im Hinblick auf Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit nicht sinnvoll. Vielmehr scheint sich die von SCHULTE und MENDE (1969) vertretene Auffassung zu bestätigen, es komme in der Frage der Berufsunfähigkeit alles darauf an, den adäquaten

Arbeitsplatz und eine verständnisvolle Umwelt zu finden. Der gleiche Kranke könne bei gleicher Ausprägung seiner Krankheit und bei gleicher Leistungswilligkeit unter bestimmten äußeren Konstellationen gänzlich leistungsunfähig, unter anderen auf die Dauer leistungsfähig sein.

2.2 Die Problematik der verminderten Erwerbsfähigkeit bei Zykllothymen

Wie bereits erwähnt, ist zunächst Verlaufstyp und Schweregrad der Zykllothymie für die Annahme einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit von entscheidender Bedeutung. Nicht selten zeigt sich gerade bei zykllothym Depressiven als eines der ersten Symptome ein Gefühl der Insuffizienz gegenüber der täglichen Arbeit. Somit bleibt oft nicht aus, daß sie - wie SCHULTE und MENDE (1969) feststellen - viel zu lange dem Vorwurf ausgesetzt werden, sie müßten es doch schaffen, wenn sie sich nicht so gehen ließen, und daß sie nach Abklingen der Phase im allgemeinen nur zögernd wagen, draußen wieder Fuß zu fassen. Der Melancholische brauche aber anstelle von Erholungskuren nach dem Abklingen seiner Phase das Erlebnis, daß man ihm wieder etwas zutraut. Die oben genannten Autoren bezeichnen daher eine Ausgliederung aus dem Arbeitsprozeß als den schlechtesten Dienst, den man dem Zykllothymen erweisen könnte, auch wenn eine Ausgliederung bei einer Häufung der Phasen nahegelegt würde. Vielmehr seien melancholisch Kranken - entsprechend den körperlichen Kranken - ohne viel Aufhebens Pausen für ihre Phasen einzuräumen, was für die innere Verarbeitung dieses so schweren Krankseins viel beitragen würde und eine vorzeitige Berufs- und Erwerbsunfähigkeit vermeiden ließe. An anderer Stelle weist SCHULTE (1958) nochmals darauf hin, daß insbesondere Zykllothyme so lange wie möglich im Intervall berufstätig bleiben und nicht vorzeitig berufsunfähig geschrieben oder pensioniert werden sollten. Das Gefühl, als überflüssig ausgeschaltet zu werden, könne eine zusätzliche Belastung, vielleicht sogar einen ungünstigen Nährboden für die Entstehung neuer Phasen schaffen.

Bezüglich Zykllothymen fehlen in der Literatur prozentuale Berechnungen und Zusammenstellungen weitgehend. Es bleibt daher offen, wieviele Zykllothyme nach einer bestimmten Zeitspanne beruflich wieder eingegliedert sind. Es kann aber schon hier vorweggenommen werden - und das Fehlen entsprechender Tabellen beweist es indirekt -, daß die berufliche Wiedereingliederung Zykllothymen bei weitem den Regelfall darstellt. Hingegen ergibt sich für die Zeit einer depressiven Phase, insbesondere bei einer Erstmanifestation, nicht selten eine schwierige berufliche Situation. Hierauf weisen insbesondere MICHAELIS und HORSTMANN (1972) aufgrund einer Untersuchung an 96 Zykllothymen hin. 72 (75%) hatten ihr schlechtes Befinden mit ihrer beruflichen Lage in Verbindung gebracht; hiervon hatten 18 gekündigt und einen neuen Arbeitsplatz gefunden. Unter diesen 18 konnten nur 9 Zykllothyme ihren Beruf weiterhin ausüben; in 12 Fällen verschlechterte sich die soziale Lage. 6 Zykllothyme waren vom Arbeitgeber entlassen worden, 12 - allerdings in vorgerücktem Alter - hatten einen Rentenantrag gestellt, der in 10 Fällen bewilligt wurde.

2.3 Der Begriff der Minderung der Erwerbsfähigkeit

Der Begriff "Minderung der Erwerbsfähigkeit" bedarf einer Erläuterung. Nach § 1246 RVO Nr. 27 bedeutet Erwerbsfähigkeit die Fähigkeit, Arbeitskraft im Erwerbsleben wirtschaftlich zu verwerten. Erwerbsfähigkeit ist also zu trennen von der Arbeitsfähigkeit; während der Begriff der Arbeitsfähigkeit lediglich das körperliche, geistige und seelische Wohlbefinden eines Menschen zum Gegenstand hat, umfaßt dagegen Erwerbsfähigkeit weitere Kriterien, wie z.B. die wirtschaftliche Situation, die Zahl der freien Stellen u.a., die der Beurteilung durch den Mediziner im allgemeinen entzogen sind. Der Begriff "Minderung der Erwerbsfähigkeit" darf also nicht mit Minderung der Leistungsfähigkeit gleichgesetzt werden, wenngleich natürlich zwischen beiden Begriffen ein innerer Zusammenhang besteht. HENNIES und HEUER (1969) sprechen von zwei sich überschneidenden Kreisen.

Sucht man im Gesetzestext den nunmehr antiquierten, von der Vorstellung des Verkaufs körperlicher Arbeitskraft ausgehenden Begriff der Minderung der Erwerbsfähigkeit, so zeigt sich, daß nur die Gesetzliche Unfallversicherung diesen Terminus kennt. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) wird hier in Prozenten angegeben und ist - wie HENNIES und HEUER (1969) feststellen - das Ergebnis einer Schätzung, welcher der Hundertsatz zugrunde liegt, den der Beschäftigte an seiner normalen Erwerbsfähigkeit verloren hat. Ein an einer endogenen Psychose erkrankter Patient empfängt aber eine eventuelle spätere Rente nicht von den Trägern der Unfallversicherung, sondern vielmehr aus den Mitteln der Rentenversicherung, sofern er die Mindestbeiträge vorher entrichten konnte. Im streng juristischen Sinn ließe sich also nicht von "Minderung der Erwerbsfähigkeit durch endogene Psychosen" sprechen, sondern allenfalls von einer "verminderten Erwerbsfähigkeit durch endogene Psychosen", worunter für die Rentenversicherung einerseits die Berufs- andererseits die Erwerbsunfähigkeit zu verstehen sind. Während die gesetzliche Unfallversicherung alle geeigneten Mittel zur Wiederherstellung der Arbeitskraft ergreifen und bei bleibendem Schaden eine Rente je nach Bemessung der MdE von bis zu 2 Drittel des letzten Jahresverdienstes des Betroffenen auszahlen muß, liegen der Angestellten- und Arbeiter-Rentenversicherung im wesentlichen folgende Aufgaben zugrunde:

1. die Sicherung der Arbeiter und Angestellten für den Fall des Alters,
2. die Sicherung für den Fall vorzeitiger Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit,
3. die Zahlung von Witwen- und Waisenrenten,
4. die Gewährleistung von Rehabilitationsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

Im Rahmen des Themas interessieren im folgenden vor allem Punkt 2 und Punkt 4.

Auch die Begriffe der Berufsunfähigkeit und der Erwerbsunfähigkeit sind zunächst nicht klar und einsichtig. Beide Bezeichnungen zeugen von der ehemaligen versicherungsrechtlichen Trennung der Arbeiter von den Angestellten. Während man bei einem Arbeiter

davon ausging, daß er nichts anderes auf den Arbeitsmarkt tragen konnte als seine Arbeitskraft und daher allenfalls die Frage der Erwerbsunfähigkeit aufgeworfen wurde, bezog sich der Begriff der Berufsunfähigkeit lediglich auf die Stellung der Angestellten. Man war der Auffassung, daß ein Angestellter bereits bestimmte Fähigkeiten in den Arbeitsplatz mit hineingebracht habe, so daß letztlich im Falle einer vorzeitigen Berentung gefragt wurde: Kann der Betreffende noch seinen Beruf ausüben? Derlei Klassenunterschiede beseitigte das Rentenversicherungsanpassungsgesetz von 1957. Die beiden Stufen der verminderten Erwerbsfähigkeit erfuhren einen starken Bedeutungswandel, so daß die Bezeichnungen "Berufsunfähigkeit" sowie "Erwerbsunfähigkeit" seither geradezu irreführend sind. § 1246 RVO bzw. 23 AVG gibt nunmehr folgende Definition:

"Berufsunfähig ist ein Versicherter, dessen Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist."

Hingegen führt § 1247 RVO - § 24 AVG aus:

"Erwerbsunfähig ist der Versicherte, der infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder von Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf nicht absehbare Zeit eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit nicht mehr ausüben oder nicht mehr als nur geringfügige Einkünfte durch Erwerbstätigkeit erzielen kann."

Für die Höhe des Rentenbetrages ist bei Berufsunfähigkeit der Faktor 1, bei Erwerbsunfähigkeit der Faktor 1,5 maßgebend. Ein wesentlicher Unterschied besteht ferner darin, daß bei der Bemessung einer Berufsunfähigkeit lediglich ein Kreis von Tätigkeiten in Betracht gezogen wird, die den Kräften und Fähigkeiten des Versicherten entsprechen und ihm unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs seiner Aus-

bildung sowie seines bisherigen Berufs zugemutet werden können (§ 23 AVG Abs.2). Es soll hiermit ein größerer sozialer Abstieg ausgeschlossen werden, was hingegen bei der Frage einer Erwerbsunfähigkeit ohne Belang ist, solange eine Verweisung an einen anderen Arbeitsplatz mit der Menschenwürde vereinbar ist. Bei der Bemessung der Erwerbsunfähigkeit ist also der Verweisungsbereich nicht auf die sozial zumutbaren Tätigkeiten beschränkt (HENNIES und HEUER, 1969).

Schwierigkeiten ergeben sich aber nicht nur bei der begrifflichen Abgrenzung, sondern vor allem auch in praxi bei der Bemessung. HENNIES und HEUER (1969) führen aus: "Die Aussage des Mediziners beschränkt sich auf den Ausschnitt, der die medizinische Wissenschaft berührt. Sachverständiger für allgemeine Fragen zum Erwerbsleben ist sicher nicht der Mediziner." Das BSG stellt klar heraus, daß die Fragen an den medizinischen Sachverständigen von den Ermittlungen über den Berufsweg und die beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten des Versicherten abhängen. Zunächst solle geprüft werden, welche Ausbildung, welche bisherigen Tätigkeiten, welche Kenntnisse und Fähigkeiten der Betreffende erworben habe und auf welche Berufe er verwiesen werden könnte. Hier sei eventuell ein berufskundlicher Sachverständiger beizuziehen, worauf der Mediziner erst beim Feststehen des Berufsbildes nach den verbliebenen körperlichen und geistigen Kräften und den Auswirkungen einer derartigen Beeinträchtigung auf bestimmte Berufstätigkeiten fragen könne. Und weiter führen HENNIES und HEUER (1969) zur Berufsunfähigkeit aus: "Theoretisch könnte der Mediziner wohl klären, ob der Versicherte bei voller Arbeitszeit mehr oder weniger als das halbe Arbeitspensum zu erreichen vermag. Eine solche Aussage wird aber der Wirklichkeit des Arbeitslebens nicht gerecht, da es keine Tarifordnung für krankheitsbedingte Minderleistung gibt. Ein maßgebender Tatbestand könnte eher die Arbeitszeit sein." Es stellt sich somit das Problem, für welche Arbeitszeit die restliche Leistungsfähigkeit noch ausreicht und bei welcher Arbeitsstundenzahl eine Berufsunfähigkeit zu bescheinigen ist. Sodann bleibt zu fragen, ob

z.B. überhaupt Halbtagesstellen verfügbar sind und ob deswegen ein Ortswechsel zumutbar wäre.

Für das Vorliegen einer Erwerbsunfähigkeit müssen zunächst die gleichen Voraussetzungen wie für die Annahme einer Berufsunfähigkeit gegeben sein. Entscheidend ist dann entweder die Tatsache, daß "eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit" nicht ausgeübt werden kann oder daß nur noch geringfügige Einkünfte durch Erwerbstätigkeit erzielt werden können. Nach ZIMMER (1965, Kommentar zur AVG) umfassen "geringfügige Einkünfte" weniger als ein Fünftel der Einkünfte eines körperlich und geistig gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Fähigkeiten. Der Gesetzestext zur Erwerbsunfähigkeit ist insofern klarer, als darin ausdrücklich bestimmt ist, daß die Erwerbsfähigkeit "auf nicht absentare Zeit" herabgesetzt sein muß (HENNIES und HEUER, 196;). Eine gleiche - wenn auch ungeschriebene - Forderung gilt für das Vorliegen einer Berufsunfähigkeit.

Dennoch kennt das Gesetz neben der Rente auf Dauer eine Berentung auf Zeit sowohl bei Vorliegen einer Berufsunfähigkeit wie auch einer Erwerbsunfähigkeit. § 1276 RVO - 53 AVG führt aus:

" Besteht begründete Aussicht, daß die Berufsunfähigkeit oder die Erwerbsunfähigkeit in absehbarer Zeit behoben sein wird, so ist die Rente wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Erwerbsunfähigkeit oder die Hinterbliebenenrente nach § 1268 Abs.2, Nr.2 vom Beginn der 27. Woche an, jedoch nur auf Zeit und längstens für zwei Jahre von der Bewilligung an zu gewähren." Und Absatz 3 sieht vor: " Die Rente auf Zeit kann wiederholt gewährt werden, jedoch nicht über die Dauer von vier Jahren seit dem ersten Rentenbeginn hinaus, wenn sich die Bezugszeiten unmittelbar anschließen". Selbstverständlich kann bei Fortfall der Erwerbsunfähigkeit eine Rente wegen Berufsunfähigkeit gezahlt werden, sofern sich die berufliche Situation für den Versicherten entsprechend gebessert hat. Die Berentung auf Zeit hat nach EICHER und HAASE (1970) zum Ziel, den Berechtigten nicht an einen

dauernden Rentenbezug zu gewöhnen. Dem Rentendenken solle hierdurch begegnet werden.

Schließlich sei am Rande darauf hingewiesen, daß weder der Begriff der Berufsunfähigkeit noch der Begriff der Erwerbsunfähigkeit mit dem der Arbeitsunfähigkeit identisch ist. "Arbeitsunfähigkeit", ein Begriff der Krankenversicherung, wird vom Gesetz nicht definiert. Nach EICHER und HAASE (1970) ist sie "die auf Krankheit beruhende Unfähigkeit des Berechtigten, 'seine' Arbeit zu verrichten."

3. Krankengut und Methodik

Der vorliegenden Arbeit liegen 200 Krankenblätter von Patienten der Universitäts-Nervenklinik Erlangen zugrunde. Es werden 100 Krankenblätter der vorneuroleptischen Ära mit 100 Krankenblättern aus der Gegenwart verglichen, die auf folgende Weise ausgewählt wurden: Im Krankenblattarchiv wurden unter Aufteilung in männliche und in weibliche Patienten die Unterlagen der Jahrgänge 1940-51 gemeinsam aufbewahrt. Aus diesen Krankenblättern wurden in alphabetischer Reihenfolge 50 Krankenblätter mit der sicheren Diagnose "Zyklothymie" und 50 mit der sicheren Diagnose "Schizophrenie" ausgesucht, wobei innerhalb jeder Gruppe männliche wie weibliche Patienten im gleichen Zahlenverhältnis herangezogen wurden. Nicht berücksichtigt wurden Fälle, bei denen die Diagnose mit einem Fragezeichen versehen war oder nur ein Verdacht ausgesprochen wurde. Sonstige Auslesegesichtspunkte wurden nicht angewandt. Auf gleiche Weise wurde hinsichtlich des Jahrganges 1972 vorgegangen. Über die Zuordnung zum Jahrgang 1972 entschied hierbei das Datum der Aufnahme in die Klinik, folglich nicht das Entlassungsdatum. Die Diagnose einer endogenen Psychose wurde nach den Kriterien von K.SCHNEIDER gestellt.

Für die Durchsicht der 200 Krankenblätter erstellten wir einen 4-seitigen, in entsprechender Anzahl vervielfältigten Erhebungsbogen, der auch statistischen Zwecken zu genügen hatte. Es wurden hierdurch insbesondere Diagnose, Erstmanifestationsalter, Dauer der Hospitalisierung, Therapie, Art der Schule und der Berufsausbildung, Beruf, ein eventueller Berufswechsel und der versicherungsrechtliche Status für den Zeitpunkt vor der Klinikaufnahme erfaßt. Die Komplexität der zu erhebenden beruflichen Angaben ließ allerdings eine statistische Auswertung nur für einige Zahlenwerte sinnvoll erscheinen, wie Erstmanifestationsalter und auch Anzahl und Dauer von Hospitalisierungen. Hierbei wurden Mittelwert ($\bar{x}$) und Streuung (s) berechnet.

Aus den 100 Krankenblättern des Jahres 1972 wählten wir 40 Patienten aus, deren bisheriger Berufsweg entweder von der endogenen Psychose besonders geprägt oder deren berufliches Schicksal nicht oder nur sehr schwierig abzusehen war. Des weiteren fehlte in manchem Krankenblatt dieser Gruppe die eine oder andere Angabe für unseren Erhebungsbogen. Jeder der 40 Patienten erhielt einen Fragebogen übersandt, der die Ergebnisse der Untersuchung vervollständigte und eine kurze berufliche Katamnese erbringen sollte. Hiervon sandten 26 Patienten den Bogen ausgefüllt zurück.

In Anbetracht der langen Zeitspanne von 23 und mehr Jahren erschien ein ähnlicher Fragebogenversand an Patienten, die in der Klinik während der Zeit von 1940 - 51 hospitalisiert waren, nur wenig erfolgversprechend.

Bei der Würdigung der Ergebnisse wird man auch die klinikspezifische Selektion berücksichtigen müssen, wonach das Krankengut der Universitäts-Nervenlinik Erlangen relativ viele Ersterkrankungen sowie diagnostisch unklare Fälle, hingegen relativ wenige Patienten mit schwersten Defektzuständen aufweist.

4. Ergebnisse

4.1 Diagnose

Für die Gruppe der schizophrenen Patienten, die 1972 in der Universitäts-Nervenlinik Erlangen stationär behandelt wurden, ergab sich folgende Häufigkeit der einzelnen Diagnosen:

Tab.1: Diagnose bei den aus dem Jahre 1972 erfaßten Schizophrenen

Diagnose	Patienten	
	männlich	weiblich
Paranoide Schizophrenie	10	11
Katatonie	4	1
Hebephrenie, Schizophrenia simplex	5	5
Chronische Verläufe und schizophrene Defekte	6	8
insgesamt:	25	25

Der Vollständigkeit wegen sei die Aufstellung für die Gruppe der schizophrenen Patienten, die vor 1951 in der Universitäts-Nervenlinik Erlangen behandelt wurden, angeführt. Da in den früheren Krankenblättern die Diagnose "Schizophrenie" häufig nicht näher formuliert wurde, können die folgenden Angaben mit denen der obenstehenden Tabelle nicht verglichen werden.

Tab.2: Diagnose bei den aus den Jahren 1940-51 erfaßten Schizophrenen

Diagnose	Patienten	
	männlich	weiblich
Schizophrenie (ohne nähere Angaben zur Diagnose)	10	14
Paranoide Schizophrenie	5	5
Katatonie	1	3
Hebephrenie, Schizophrenia simplex	7	3
Schizophrene Defekte	2	-
insgesamt:	25	25

Bei der Gegenüberstellung der Diagnosen von männlichen und weiblichen Patienten, die 1972 stationär behandelt wurden (Tabelle 1), ergeben sich keine besonderen Unterschiede, sofern man von der kleinen Gruppe der Katatonien absieht.

Innerhalb der Gruppe der Zykllothymien bot sich für die Diagnose von 50 im Jahre 1972 stationär behandelten Patienten folgendes Bild:

Tab.3: Diagnose bei den aus dem Jahre 1972 erfaßten Zykllothymen

Diagnose	Patienten	
	männlich	weiblich
Zykllothyme Depression	17	20
Zykllothyme Manie	2	1
Zykllothyme Mischzustände	2	-
Mischpsychosen und Zykllothymien mit stil- fremden Elementen	4	4
insgesamt:	25	25

Die Aufschlüsselung der Diagnose "Zykllothymie" für 50 Patienten, die im Zeitraum von 1940 - 51 in der Universitäts-Nervenlinik Erlangen behandelt wurden, ergibt folgende Tabelle:

Tab.4: Diagnose bei den aus den Jahren 1940-51 erfaßten Zykllothymen

Diagnose	Patienten	
	männlich	weiblich
Zykllothyme Depression	14	19
Zykllothyme Manie	-	1
Zykllothyme Mischzustände	3	3
Mischpsychosen und Zykl- thymien mit stilfremden Elementen	8	2
insgesamt	25	25

Während Tabelle 3 lediglich die bekannte Tatsache herausstellt,

daß die Depressionen in bezug auf Manien und Mischzustände stark überwiegen, läßt Tabelle 4 ein Mißverhältnis von männlichen und weiblichen Probanden mit Mischpsychosen erkennen. Die geringe Zahl der Patienten läßt allerdings keine Interpretation zu.

4.2 Erstmanifestationsalter

Die Auswertung der Angaben von 200 Krankenblättern ergibt folgende Aufstellung über das durchschnittliche Erstmanifestationsalter:

Tab. 5: Erstmanifestationsalter der untersuchten Schizophrenen

Schizophrene Patienten	männlich	weiblich
Patienten, die 1972 stationär behandelt wurden	28,6($\pm$ 10,9)	29,1($\pm$ 12,9)Jahre
Patienten, die im Zeitraum von 1940 - 51 stationär behandelt wurden	27,6($\pm$ 7,9)	27,7($\pm$ 9,0) Jahre

Zwischen den Gruppen der männlichen und weiblichen Probanden sowie der ehemals und auch jüngst hospitalisierten Probanden zeigen sich in bezug auf das durchschnittliche Erstmanifestationsalter kaum differierende Werte, so daß man fast von einem "konstanten mittleren Erstmanifestationsalter" von 28 Jahren sprechen kann. Nach M. BLEULER (1972) werden die meisten Schizophrenien zwischen Pubertät und Beginn des 4. Lebensjahrzehntes manifest.

Tab. 6: Erstmanifestationsalter der untersuchten Zykllothymen

Zyklothyme Patienten	männlich	weiblich
Patienten, die 1972 stationär behandelt wurden	33,2($\pm$ 13,0)	38,2($\pm$ 14,9)Jahre
Patienten, die im Zeitraum von 1940 - 51 stationär behandelt wurden	35,7($\pm$ 13,6)	34,7($\pm$ 10,7)Jahre

Die errechneten Werte ergeben bei den 4 Gruppen der zykllothymen Patienten ein durchschnittliches Erstmanifestationsalter von etwa 35 Jahren. Allerdings besteht jeweils eine große Streuung. Sie ist wohl auch mit M.BLEULERS (1972) Angaben in Übereinstimmung zu bringen, der die häufigste Erstmanifestation manisch-depressiver Erkrankungen zwischen dem 20. und 50. Lebensjahr verzeichnet.

Beim Vergleich des durchschnittlichen Erstmanifestationsalters von schizophrenen und zykllothymen Patienten wird deutlich, daß die Zykllothymie unserer Probanden in der Regel etwa 7 Jahre später als die Schizophrenie in Erscheinung tritt. Während die Schizophrenie meist im 3. Lebensjahrzehnt einsetzt, verzeichnet die Zykllothymie ihren Beginn im allgemeinen während des 4. Lebensjahrzehntes.

4.3 Anzahl der bisherigen stationären Aufenthalte

Folgende Durchschnittswerte wurden für die einzelnen Probandengruppen errechnet:

Tab. 7: Anzahl der stationären Aufenthalte der schizophrenen Patienten

Schizophrene Probanden	männlich	weiblich
Patienten, die 1972 stationär behandelt wurden	3,4($\pm$ 2,6)	2,4($\pm$ 2,2)
Patienten, die im Zeitraum von 1940 - 51 stationär behandelt wurden	2,2($\pm$ 1,3)	2,0($\pm$ 2,1)

(Wegen fehlender Angaben konnten für die Berechnungen in der unteren Zeile nur je 23 anstelle von 25 Werten herangezogen werden)

Aus Tabelle 7 wird folgendes deutlich:

- eine leichte Zunahme der Zahl stationärer Wiederaufnahmen von schizophrenen Patienten während der vergangenen Jahrzehnte.
- eine geringfügig höhere Wiederaufnahmerate von männlichen gegenüber weiblichen Schizophrenen in die psychiatrische Klinik. Dies gilt in erster Linie für die aus dem Jahre 1972 erfaßten Patienten.

Tab. 8: Anzahl der stationären Aufenthalte der zykllothymen Patienten

Zyklothyme Patienten	männlich	weiblich
Patienten, die 1972 stationär behandelt wurden	3,1(± 2,6)	3,1(± 3,1)
Patienten, die im Zeitraum von 1940 - 51 stationär behandelt wurden	2,1(± 1,7)	2,3(± 1,8)

Man kann folgendes festhalten:

- 1.) Eine Zunahme der Zahl der stationären Aufenthalte der zykllothymen Patienten, wie sich dies auch für die schizophrenen Probanden zeigte.
- 2.) Zumindest in jüngster Zeit wurden zykllothyme Männer wie Frauen gleich häufig zur stationären psychiatrischen Behandlung wiederaufgenommen.

Beim Vergleich der Durchschnittswerte der Häufigkeit stationärer Aufnahmen bei Schizophrenie und Zykllothymie ergibt sich ein Überwiegen der Wiederaufnahmen bei zykllothymen im Gegensatz zu schizophrenen Frauen in jüngerer Zeit. Für die Gruppe aller männlichen Patienten ergibt sich für die Zahl der Wiederaufnahmen in die psychiatrische Klinik eine weitgehende Übereinstimmung der Werte.

Die Zunahme der Zahl von stationären Behandlungen seit Einführung der Psychopharmaka wurde insbesondere für die schizophrenen Patienten von zahlreichen Autoren festgestellt. HAASE (1972) erhielt für die Zahl der Schizophrenen, die 1960/61 zur Wiederaufnahme in die psychiatrischen Krankenhäuser des Landschaftsverbandes Rheinland kamen, sogar Werte, die mehr als dreimal so hoch waren wie zu einer Zeit vor Einführung der Neuroleptika. In diesem Zusammenhang plädiert er für eine Nachbehandlung, bei der die Dosierungen über der neuroleptischen Schwelle liegen, was die Zahl der Wiederaufnahmen verringern würde.

Bei der Interpretation der wachsenden Zahl von stationären psychiatrischen Behandlungen ist aber auch die Dauer des Klinikaufenthaltes zu berücksichtigen. Hierauf wie auch auf die Tatsache, daß die

zyklothymen weiblichen Patienten geringfügig häufiger in stationäre Behandlung kamen als schizophrene weibliche Patienten, wird im folgenden noch einzugehen sein.

4.4 Dauer der stationären psychiatrischen Behandlung

Addiert man die Monate, die schizophrene oder zyklotyme Patienten in stationärer Behandlung verbrachten, ergeben sich für die Gesamtdauer bisheriger stationärer Behandlungen folgende Durchschnittswerte:

Tab. 9: Gesamtdauer der stationären Behandlungen der schizophrenen Patienten

	Patienten	
	männlich	weiblich
<u>Monate in stationärer psychiatr. Behandlung</u>		
Patienten, die 1972 stationär behandelt wurden	7,1(± 6,7)*	4,3(± 6,7)**
Patienten, die im Zeitraum von 1940 - 51 stationär behandelt wurden	10,2(± 10,7)***	6,8(± 5,5)
<u>hiervon in der Universitäts-Nervenklinik Erlangen</u>		
Patienten, die 1972 stationär behandelt wurden	5,0(± 5,3)	4,2(± 5,5)
Patienten, die im Zeitraum von 1940 - 51 stationär behandelt wurden	6,1(± 6,7)****	5,8(± 4,8)

(Wegen fehlender Angaben in den Krankenblättern:

*n = 21, **n = 20, ***n = 18, ****n = 23)

Beim Vergleich der Ergebnisse zeigt sich für schizophrene Patienten

- eine Verkürzung der Dauer aller Hospitalisierungen insbesondere bei männlichen Patienten von durchschnittlich 10,2 (± 10,7) Monaten zwischen 1940 und 1951 auf 7,1 (± 6,7) Monate im Jahre 1972. Auch bei weiblichen Kranken zeigt sich mit einer Differenz von durchschnittlich 2,5 Monaten die gleiche Tendenz;
- eine wesentlich kürzere Gesamtdauer aller Hospitalisierungen sowohl früher als auch heute von weiblichen Patienten im Vergleich zu männlichen Probanden.

Die Verkürzung der Dauer der gesamten bisherigen Hospitalisierungen geht aber entsprechend den Ergebnissen des vorausgehenden Kapitels mit einer Zunahme der Zahl der Wiederaufnahmen in stationäre Behandlung einher. Dies ergibt somit eine wesentlich kürzere Dauer für jeden einzelnen stationären Aufenthalt: Während früher schizophrene männliche und schizophrene weibliche Probanden im allgemeinen 5 bzw. 4 Monate stationär behandelt wurden, ergibt sich für die Ära der neuroleptischen Medikation ein durchschnittlicher Wert von etwa 2 Monaten, was einer beträchtlichen Verkürzung des Klinikaufenthaltes entspricht. Hinsichtlich dieser Aufenthaltsdauer von 2 Monaten besteht heute zwischen männlichen und weiblichen Probanden kein Unterschied, so daß die Einbeziehung entsprechender Werte aus Tabelle 7 eine häufigere Hospitalisierung, jedoch gleiche Aufenthaltsdauer männlicher im Vergleich zu weiblichen Schizophrenen ergibt.

Für die stationäre Behandlung ausschließlich in der Universitäts-Nervenklinik Erlangen ergeben sich sowohl für früher als auch heute geringere Werte, dennoch oder auch deswegen ist die Verkürzung der Behandlungsdauer nach einem Zeitraum von etwa 20 bis 30 Jahren nicht so ausgeprägt.

IRLE und PÖRKSEN (1971), die in ihrer Untersuchung zwischen wieder und nicht wieder erkrankten Schizophrenen unterschieden, errechneten eine durchschnittliche Behandlungszeit von 3,1 bzw. 3,5 Monaten.

Tabelle 10: Gesamtdauer der stationären Behandlungen der zyklotyphen Patienten

	Patienten	
	männlich	weiblich
<u>Monate in stationärer psychiatr. Behandlung</u>		
Patienten, die 1972 stationär behandelt wurden	3,7(± 4,6)	4,9(± 7,0)
Patienten, die im Zeitraum von 1940 - 51 stationär behandelt wurden	3,3(± 3,8)	9,1(± 25,2)
<u>hiervon in der Universitäts-Nervenklinik Erlangen</u>		
Patienten, die 1972 stationär behandelt wurden	3,5(± 3,8)	3,6(± 4,4)
Patienten, die im Zeitraum von 1940 - 51 stationär behandelt wurden	2,0(± 1,9)	2,6(± 3,3)

Es wird deutlich, daß

- a) die Gesamtbehandlungsdauer eines zykllothymen Patienten im psychiatrischen Krankenhaus heute eher länger als vor rund 25 Jahren ist. (Wegen einer Patientin mit einer extremen Aufenthaltsdauer -somit eine Standardabweichung $s = 25,2$ - ergibt sich diesbezüglich ein scheinbarer Widerspruch für die Gruppen der weiblichen Probanden. Sie verbrachte von 1911 - 21 wegen einer "Melancholie" 10 Jahre in einer Anstalt in Oberfranken. Da sie schon einmal zuvor als Putzfrau in einem Krankenhaus gearbeitet hatte, darf vermutet werden, daß sie auch während des langen Aufenthaltes in der Anstalt nicht nur behandelt, sondern auch als Arbeitskraft eingesetzt wurde. Sofern man diesen Fall in der Statistik nicht berücksichtigt, ergibt sich für die zykllothymen weiblichen Patienten der Jahre 1940-51 eine Gesamtdauer der stationären Behandlungen von lediglich 4,1 Monaten.) Besonders klar kommt diese Tendenz zur verlängerten Dauer der Gesamtheit stationärer Behandlungen eines Zykllothymen zum Ausdruck für die Aufenthaltsdauer an der Universitäts-Nervenlinik Erlangen.
- b) Im Vergleich zu den männlichen Probanden befinden sich weibliche zykllothyme Patienten insgesamt länger in stationärer Behandlung, sieht man von der heutigen Praxis an der Universitäts-Nervenlinik Erlangen ab, wo zwischen der Behandlungsdauer von männlichen und weiblichen zykllothymen Patienten kein nennenswerter Unterschied besteht.

Diese zweite Feststellung steht im Einklang mit P.MATTUSSEKS (1965) Beobachtung, der von einer "Klinikophobie des Mannes" spricht: "Obwohl bei Männern depressive Phasen im allgemeinen länger dauern als bei Frauen, haben sie doch mehr kürzere Klinikaufenthalte." Die Angst des Familienvaters, bei zu langer Abwesenheit seinen Arbeitsplatz zu verlieren, spielt möglicherweise ebenso eine wichtige Rolle.

Obwohl die Summierung aller stationärer Behandlungszeiten der zykllothymen Patienten des Jahres 1972 in bezug auf die entsprechende Gruppe der Jahre 1940-51 zu größeren Werten führt, bringt die parallele Zunahme der Zahl der stationären Behandlungen

bzw. Wiederaufnahmen letztlich auch eine verkürzte Dauer eines einzelnen Klinikaufenthaltes für die Gegenwart mit sich. Der Zykllothyme wird demnach neuerdings häufiger in die Klinik wiederaufgenommen als früher, die einzelne stationäre Behandlung ist jedoch im Vergleich zum Zeitraum von 1940-51 nur geringfügig kürzer geworden (Differenz geringer als 1 Monat).

Sofern man die gesamte stationäre Behandlungsdauer von schizophrenen mit der von zykllothymen Patienten vergleicht, stellt man fest, daß

- a) die weiblichen Patienten beider Krankheitsgruppen -zumindest heute - insgesamt etwa gleich lang stationär behandelt werden;
- b) hingegen die schizophrenen männlichen Patienten sowohl früher als auch heute länger - im Durchschnitt etwa doppelt so lange - stationär behandelt werden müssen als männliche Zykllothyme. Allerdings ist dieser Unterschied insbesondere für die heutige Praxis an der Universitäts - Nervenlinik Erlangen nicht so sehr ausgeprägt.

Wenn man von der unterschiedlichen Aufenthaltsdauer schizophrener und zyklotyper männlicher Probanden ausgeht, bleibt zu fragen, warum zyklothyme weibliche Patienten ebensolange stationär behandelt werden wie schizophrene weibliche Patienten. Am wahrscheinlichsten erscheint uns hierfür die Annahme, daß schizophrene Frauen offenbar leichter und rascher wieder mit der Arbeit im Haushalt vertraut werden als zyklothyme Frauen; die Entlassung einer schizophrenen Ehefrau und Mutter würde daher von der Familie wie auch von der Patientin selbst frühzeitiger und nachdrücklicher gefordert werden. Der Ausfall des Ehemannes kann in diesen Fällen offenbar von Familien viel leichter kompensiert werden als die "funktionelle Absenz der Frau" (WIESER, 1967).

Bei Zykllothymen hingegen dominieren die für sie typischen Insuffizienzgefühle gegenüber der Arbeit, die eine Wiederaufnahme jeglicher Tätigkeit verzögern. Schließlich sei betont, daß die Entwicklung hinsichtlich der Aufenthaltsdauer im Einklang mit P.MATTUSSEKS (1965) Empfehlung steht: Depressive seien so früh und so lange wie möglich, Schizophrene so spät und so kurz wie möglich in eine Klinik zu bringen.

4.5 Schulbesuch und Berufsausbildung

Die Angaben über Schulbesuch und Berufsausbildung unserer Schizophrenen und Zyklotyphen sind in der folgenden Tabelle zusammengefaßt.

Tab.11: Schulbildung und Berufsausbildung der 200 schizophrenen und zyklotyphen Patienten

	Schizophrene				Zyklotyphen			
	männlich		weiblich		männlich		weiblich	
	1972	1940 -51	1972	1940 -51	1972	1940 -51	1972	1940 -51
<u>Schulbildung</u>								
Sonderschule	-	-	-	-	-	-	-	-
Volksschule	15	11	16	5	8	12	8	10
Höhere Schule ohne mittl.Reife	-	1	-	-	1	2	-	-
Mittlere Reife	-	-	1	1	3	1	2	-
Abitur	6	2	2	1	10	1	-	1
keine Angaben möglich	4	11	6	18	3	9	15	14
<u>Berufsausbildung</u>								
entfällt (da noch Schüler)	-	-	-	1	1	-	-	-
angelernt	6	4	6	3	-	2	2	4
abgeschloss.Lehre	9	7	9	2	8	8	6	1
Fachschule	-	-	1	1	-	-	-	1
Hochschule ohne Abschluß	4	1	2	1	4	-	1	1
Hochschulexamen	2	-	-	-	4	1	-	-
keine Angaben möglich	4	13	7	17	8	14	16	18

Wegen zahlreicher fehlender Angaben können die Werte aus den Krankenblättern der Jahre 1940 - 51 nicht mit den übrigen Werten aus dem Jahre 1972 verglichen werden. Des weiteren fanden sich bei weiblichen Probanden, insbesondere bei zyklotyphen

weiblichen Probanden, weniger Angaben über Schulbildung und Berufsausbildung als bei männlichen Probanden. Dies erklärt sich dadurch, daß entsprechende Angaben in den Krankenblättern von Hausfrauen vielfach fehlten.

Die Angaben über die Schulbildung lassen zunächst folgende Feststellung zu: Während den schizophrenen männlichen Probanden ein Volksschulabschluß in den meisten Fällen zugekommen war, hatte die Mehrheit der zyklotyphen männlichen Probanden entweder die Mittlere Reife oder das Abitur abgelegt. Eine Entsprechung findet diese Tendenz unter den Zahlenangaben zur Berufsausbildung: Während unter den Schizophrenen 10 männliche Probanden (angelernt: 6, Hochschule ohne Abschluß: 4) und 8 weibliche Probanden (angelernt: 6, Hochschule ohne Abschluß: 2) über keine abgeschlossene Ausbildung verfügen, ist die entsprechende Rate bei den Zyklotyphen weit geringer (4 männliche sowie 4 weibliche Probanden). Bei 7 der 8 Zyklotyphen ohne Ausbildung lag 1972 kein Hochschulabschluß vor.

Den Mangel an Bildung oder Berufsausbildung bezeichnet WING (1972) somit als eine weitere Belastung für Schizophrene, was die Zahl unterschiedlicher Behinderungen noch vergrößert.

4.6 Therapie

Wenn auch die Ätiologie der endogenen Psychosen noch weitgehend ungeklärt ist, konnten während der vergangenen Jahrzehnte immerhin Erfolge auf therapeutischem Gebiet erzielt werden. So wurden in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts die "aktiven körperlichen Behandlungsverfahren" für die Behandlung der endogenen Psychosen eingeführt: die Schlafkur oder Dauernarkose (KLAESI 1920), die Insulinkur (SAKEL 1935), die Cardiazol-Krampf-Behandlung (MEDUNA 1934) und die Elektrokrampf-Behandlung (BINI und CERLETTI 1937). Allerdings wurden hiermit weder ideale noch kausale Behandlungsmethoden gefunden, die etwa zu einer vollständigen und dauernden Gesundung führten. Nach E.BLEULER (1949) scheint ihre Wirkung "viel eher eine allgemeine und unspezifische im Sinne der Erschütterung des Kranken bis zur Existenzbedrohung

zu sein". Und er betont, daß die Erfolge der aktiven Behandlungsverfahren zunächst überschätzt worden seien: "Die Anzahl der Remissionen nach der 'aktiven' Behandlung unterscheidet sich statistisch nicht einwandfrei von derjenigen ohne solche." Sie seien zudem oft wenig dauerhaft, brächten aber in frischen Fällen oft unmittelbar Heilungen und in chronischen doch weitgehende Besserung. So kommt E.BLEULER 12 Jahre nach Einführung der Elektrokrampfbehandlung zu dem Schluß, daß die einzigen grundsätzlichen Beeinflussungsmöglichkeiten der Schizophrenie "in der richtigen Abwechslung zwischen dem ununterbrochenen Appell an die noch gesunden psychischen Kräfte der Schizophrenen und gelegentlichen plötzlichen, schweren Eingriffen in seine gewohnten körperlichen und psychischen Daseinsformen zu liegen scheinen."

Mit der Einführung der neuroleptischen Pharmakotherapie in die Behandlung endogener Psychosen wurde mit Beginn der 2. Hälfte unseres Jahrhunderts ein weiterer Meilenstein auf der Suche nach neuen Therapien gesetzt. HAASE (1967) kann zwar keine direkte Beeinflussung der schizophrenen Affektivität durch die Psychopharmaka feststellen, betont aber, daß vieles für eine raschere Realitätsfindung des Kranken spricht. In diesem Sinne führt auch HACKSTEIN (1967) aus, daß die medikamentöse Behandlung mehr oder weniger akuter psychotischer Erkrankungen die akute psychotische Symptomatik mit mehr oder weniger großer Zuverlässigkeit zurückdrängt. Somit könne sich unter dem Schuttschild der Entaktualisierung und Entschärfung der Situation die Einlenkung der Ordnungskräfte der Persönlichkeit in eine neue Ordnung hinein ereignen. Wenn auch die Pharmakotherapie endogener Psychosen keine kausale Therapie darstellt, so ergaben sich mit dieser Behandlungsmethode doch viele Vorteile. Hierauf soll an anderer Stelle noch eingegangen werden.

Zu den ersten und wohl auch bewährten Mitteln der psychiatrischen Therapie zählten spezifische Milieueinwirkungen und systematische Arbeitstherapie (HARLFINGER, 1966). Hierzu kam in der Zeit des ersten Weltkrieges die Beschäftigungstherapie als notwendige Ergänzung. Die Begriffe "Arbeitstherapie" und "Beschäftigungstherapie" lassen sich auch unter dem Begriff der Soziotherapie zusammenfassen (WIECK, 1967).

Ferner spielt im Behandlungsplan vieler endogener Psychosen auch die Psychotherapie eine Rolle. Sie konnte allerdings bei der Therapie endogener Psychosen nicht die entscheidende Bedeutung erlangen, die von ihr zunächst erwartet worden war. Insbesondere blieben Erfolge durch psychoanalytische Behandlungsmethoden weitgehend aus. Heute erhält die Psychotherapie endogener Psychosen ihre Berechtigung vor allem als begleitende Therapie und insbesondere auch als Nachbehandlung.

4.6.1 Therapie an der Universitäts-Nervenlinik Erlangen im Zeitraum von 1940 bis 1951.

Die Angaben über die "aktiven körperlichen Behandlungsmethoden" in 100 Krankenblättern aus der Zeit von 1940 - 51 erlauben folgende Aufstellung:

Tab. 12: Therapie bei schizophrenen Patienten aus den Jahren 1940-51

	Patienten	
	männlich	weiblich
Elektrokrampfbehandlung	13	13
Insulinkomabehandlung	-	3
Kombination von Krampfverfahren:		
Elektrokrampfbehandlung und Insulinkomabehandlung	4	5
EKB und Cardiazol	1	-
EKB, Insulinkoma, Cardiazol	2	-
weitere Kombinationen von Krampfverfahren	2	-
Chininkur	1	-
keine Angaben möglich	2	4
insgesamt:	25	25

Tab.: 13: Therapie bei zykllothymen Patienten aus den Jahren 1940-51

	Patienten	
	männlich	weiblich
Elektrokrampfbehandlung	17	8
Insulinkomabehandlung	-	1
Cardiazol	1	-
Kombination von Krampfverfahren:		
Elektrokrampfbehandlung und Insulinkomabehandlung	2	2
EKB und Cardiazol	2	1
weitere Kombinationen von Krampfverfahren	2	4
Tinctura opii in Kombination	1	3
Sedativa	-	1
keine Angaben	-	5
insgesamt:	25	25

Wie beide Tabellen zeigen, nahm für die Therapie sowohl schizophrener als auch zykllothymen Psychosen den ersten Platz die Elektrokrampfbehandlung ein, bevor man die modernen neuroleptischen Behandlungsmethoden anwandte. Unsere Erhebungen ergaben, daß die Zahl der Elektrokrämpfe während zahlreicher Behandlungen oft recht hoch lag. So ließ sich für männliche Schizophrene ein durchschnittlicher Wert von 20 (5 - 42), hingegen für weibliche Schizophrene ein Durchschnittswert von 15 (10 - 17) Elektrokrämpfen errechnen. Diese Zahlen beinhalten auch Elektrokrämpfe bei kombinierten Behandlungen, was den großen Umfang und Aufwand derartiger Behandlungen noch stärker herausstellt. Häufig kamen sogenannte Blocks (Zweier-, Dreier-, Viererblocks) zur Anwendung. Insgesamt führte die Elektrokrampfbehandlung in den meisten Fällen zum Erfolg. In den Krankengeschichten der schizophrenen männlichen Patienten wurde in 6 Fällen eine wesentliche Besserung des Zustandes, in 5 Fällen eine teilweise Besserung und in 2 Fällen keine Besserung und ein unveränderter Zustand vermerkt. Ein Patient mit teilweiser Besserung des Zustandsbildes wurde zu ambulanter Elektrokrampfbehandlung bestellt.

Es ist im nachhinein schwer festzustellen, inwieweit unter den Patienten eine Auslese für die Elektrokrampfbehandlung getroffen wurde. M.BLEULER (1972) vermerkt für die "Schockbehandlung", daß man oft dazu neigte, "vor allem hocherregte, gespannte, innerlich lebendige Kranke zu behandeln - Kranke also, denen von vornherein auch eine gute Spontanprognose zukam." Es liegt daher nahe, die oben beschriebenen, relativ günstigen Behandlungsergebnisse nicht zuletzt auch durch eine derartige Auslese zu erklären. Soweit die Krankenblätter der weiblichen schizophrenen Patienten Angaben zum Erfolg der Elektrokrampfbehandlung enthielten, zeigte sich ein ähnliches Ergebnis. Eine Patientin verließ die Klinik nach sehr gutem Behandlungserfolg in völlig geordnetem und klarem Zustand, in 3 Fällen ergab sich eine wesentliche, in 6 Fällen eine teilweise und in 2 Fällen keine Besserung des Zustandes.

Ebenso wie für die schizophrenen Geistesstörungen erlangte die Elektrokrampftherapie auch für die Krankheiten des zyklithymen Formenkreises Bedeutung. Aber auch hier schützt sie nicht vor Rückfällen und bringt allenfalls die Einzelperiode einer Zyklithymie rascher zum Schwinden; außerdem soll sie hierbei wegen der Gefahren - auf die noch gesondert eingegangen wird - nicht mehr als 8 - 10 epileptische Anfälle umfassen. Soweit die früheren Krankenblätter entsprechende Angaben enthielten, konnten wir für die männlichen Zyklithymen eine durchschnittliche Zahl von 9 (2 - 21), für die weiblichen Zyklithymen von 10 (3 - 13) Elektrokrämpfen errechnen. Die hierbei erreichte höchste Zahl von 21 Elektrokrampfbehandlungen bezieht sich auf eine mit Insulin kombinierte Behandlung einer atypisch verlaufenden Psychose.

Für die Gruppe der männlichen zyklithymen Probanden war für die Elektrokrampfbehandlung sechsmal eine wesentliche bzw. gute Besserung, ebenfalls sechsmal eine teilweise bzw. "gewisse" Besserung und in 2 Fällen keine Besserung festgestellt worden. Ungeklärt bleibt auch hier, inwieweit Krankengeschichten ohne einen derartigen Vermerk zu deuten sind. Es darf aber vermutet werden, daß in solchen Fällen kein ausgesprochener Behandlungserfolg zugrundelag.

Es sei hier auch auf eine Notiz hingewiesen, die das aus dem Jahr 1947

stammende Krankenblatt eines an einer zyklischen Depression erkrankten 19-jährigen Patienten enthielt: Nachdem er zu Weihnachten und Neujahr seinen Aufenthalt in der Klinik hatte unterbrechen können, verspürte er nach seiner Rückkehr auf die Station große Angst vor einer weiteren Elektrokrampfbehandlung. Er war zunächst nicht mehr zur "Schockkur" zu bewegen, doch brachte schließlich ein letzter einmaliger Schock eine verblüffende Besserung.

Ein ähnliches, aber gleichfalls kritisch zu betrachtendes Ergebnis erbrachte die Auszählung aller Resümés in den Krankengeschichten der zyklischen weiblichen Patienten. Von den nur 8 Patienten, die ausschließlich mit Elektrokrämpfen behandelt wurden, konnten 2 in wesentlich gebessertem, 3 in teilweise gebessertem und eine Kranke in kaum gebessertem psychischen Zustand entlassen werden. In 2 Fällen fehlten entsprechende Angaben.

Wie die beiden Tabellen 12 und 13 für die Universitäts-Nervenklinik Erlangen erkennen lassen, kam damals der Insulinkomabehandlung - insbesondere der Behandlung ausschließlich mit Insulin - eine weit geringere Bedeutung als der Elektrokrampfbehandlung zu. Laut SAKELS Beschreibung von 1935 erhält der nüchterne Patient eine intramuskuläre Gabe von 10 - 20 Einheiten Insulin, wobei man täglich die Menge um 4 - 8 Einheiten erhöht, bis ein hypoglykämischer komatöser Zustand nach 2 - 3 Stunden erreicht ist. Eine wesentliche Schwierigkeit bildet die Abschätzung der zweckmäßigen Tiefe des Komas, das oft etwa 80 - 120 Einheiten Insulin oder noch mehr erfordert und bis höchstens eine Stunde belassen werden darf. Das Abbrechen geschieht mit der Magensonde, durch die ein halber Liter eines ca. 40%igen Zuckerwassers eingegeben wird. Die Behandlung dauert etwa 2 - 3 Monate, wobei pro Woche ein Ruhetag eingeschaltet wird.

Während aus der Gruppe der 25 schizophrenen männlichen Patienten keiner ausschließlich durch hypoglykämische Komata behandelt wurde, fand hingegen eine derartige Therapie bei 3 weiblichen Schizophrenen statt. Nach einem stationären Aufenthalt von 2 - 3 Monaten, konnte allerdings in keinem der 3 Fälle ein ent-

scheidender Behandlungserfolg erzielt werden (Bemerkungen in den Krankenblättern: "geringe Besserung"; "Patientin nicht mehr so gereizt, hält aber am Wahnsystem unbeirrbar fest"). Ebenso blieb bei einer zyklotyphen Patientin, die sich einer Insulinkomabehandlung unterziehen mußte, ein günstiges Ergebnis versagt. Man darf annehmen, daß hierfür - entsprechend den Ergebnissen bei der Elektrokrampfbehandlung - weniger die Therapie als die Selektion der Patienten für diese Therapie ausschlaggebend war. Wesentlich häufiger als eine reine Insulinkomatherapie kam eine Elektrokrampfbehandlung in Kombination bzw. im Wechsel mit Insulinschocks zur Anwendung. Insgesamt 4 schizophrene männliche Patienten wurden auf diese Weise behandelt, hierunter 2 während eines Klinikaufenthaltes von jeweils 10 Monaten. Trotz der langen und intensiven Therapie - bei einem 27-jährigen Patienten insgesamt 42 Elektroschocks - blieb in diesen Fällen ein Erfolg versagt, während die beiden anderen Patienten in gebessertem psychischen Zustand entlassen wurden. Nicht allzu günstige Ergebnisse weisen auch die Krankengeschichten von 5 weiblichen Schizophrenen auf, die die gleiche Therapie erfuhren. In 2 Fällen mußte die Insulinkomabehandlung wegen schlechter Verträglichkeit abgebrochen werden, so daß nur noch die Therapie mittels Elektrokrämpfen zum Zuge kam; nur in einem Fall kam es hernach zu einer Besserung des Zustandes. Eine andere Patientin im Alter von 21 Jahren fühlte sich nach der ersten Elektrokrampfbehandlung wesentlich freier, weigerte sich aber, ein zweites Mal geschockt zu werden und mußte schließlich mit Gewalt dazu veranlaßt werden (Krankenblatt aus dem Jahre 1947). Schließlich wurde sie depressiv und verlangte, geschockt zu werden. Nach wechselndem, teils stuporösem, teils kataton erregtem Zustand, wurde schließlich mit einer Insulin-Schockbehandlung begonnen, die zu einer Besserung des Zustandes bei der Entlassung führte.

Was die Gruppe der zyklotyphen Patienten betrifft, so legen 4 Krankengeschichten für die Fälle einer kombinierten Insulin-Elektrokrampf-Behandlung hier nur durchwegs günstige Therapieergebnisse dar. Erfolgreich verlief hierbei auch die Behandlung einer

41-jährigen Zykllothymen, die aus Angst vor dem "Schocken" nachts nicht schlafen konnte. Nachdem 8 anfängliche epileptische Krämpfe nur einen "ganz geringen günstigen Einfluß" zeigten, war die Patientin am Ende einer Insulinbehandlung "gehobener Stimmung, voller Hoffnung und Antrieb."

Neben der Elektrokrampf- und Insulinkomabehandlung der endogenen Psychosen kam an der Universitäts-Nervenlinik Erlangen im Zeitraum von 1940 bis 1951 auch verschiedentlich die Cardiazol-Krampfbehandlung zur Anwendung. Sie wurde aber fast immer mit anderen Verfahren kombiniert. Eine 10%ige Cardiazol-Lösung wird rasch intravenös injiziert in einer Dosis, die einen epileptischen Anfall bewirkt. Nach den Angaben von E.BLEULER (1949) muß bei Ausbleiben eines Anfalls nach wenigen Minuten eine erhöhte Dosis verabreicht werden; falls auch dann kein Anfall eintritt, wird am folgenden Tag die Dosis erneut verstärkt. Bei ungenügender Dosierung und zu langsamer Injektion werden abortive Anfälle hervorgerufen, die sehr unangenehm empfunden werden und manchmal ungünstig wirken (E.BLEULER, 1949). In den Aufzeichnungen von 100 Krankenblättern aus der vorneuroleptischen Ära fand sich allerdings nur ein Patient, ein 34-jähriger Landwirt mit atypischer paranoisch gefärbter endogener Depression, der ausschließlich mit Cardiazol behandelt worden war. Während eines 1-monatigen Aufenthaltes wurden 7 Cardiazolschocks verabfolgt, doch bleibt infolge fehlender Angaben ungewiß, ob hierauf eine Besserung des Zustandsbildes eingetreten ist.

Bei 6 Patienten wurde die Cardiazol-Krampfbehandlung stets mit anderen somatischen Methoden kombiniert, wobei offenbar dem Cardiazol nur eine relativ geringe Rolle zukam. Hingegen dominierte auch hier die Elektrokrampfbehandlung. In fast allen Fällen erbrachte diese Therapie ein günstiges Ergebnis.

Bei einem 25-jährigen schizophrenea Landwirtsgehilfen führte eine 5-monatige Cardiazol-Elektrokrampf-Behandlung schließlich zu einer Besserung des psychischen Zustands. Entsprechend einer Notiz am Ende des Krankenberichts war die Elektrokrampfbehandlung ohne Erfolg geblieben, die verzeichnete Besserung wurde auf die Cardiazolschocks zurückgeführt. Die Krankengeschichte enthält ferner eine ausführliche Schilderung der langwierigen Therapie: Die ersten Elektrokrämpfe wurden gut vertragen, der Patient zeigte sich ruhiger, grimmassierte aber noch beim Sprechen. Wenige Tage später trat ein plötz-

licher Erregungszustand auf, der durch einen Schock gedämpft wurde. Sicherheitshalber brachte man den Kranken in eine Zelle. Während der folgenden 3 Monate wurde er mit weiteren 23 Elektrokrämpfen behandelt, die aber ohne jegliche Wirkung blieben. Hierauf folgten 7 Cardiazolschocks, doch blieb nach dem letzten die Schockwirkung aus, so daß ein Elektrokrampf angeschlossen werden mußte, um die unangenehmen Sensationen des Patienten abzukürzen. Er fühlte sich nun besser, grimmassierte nicht mehr so stark, gab geregelte Antworten und distanzierte sich deutlich vom Wahnsystem. Wenige Tage später trat wiederum eine Verschlechterung auf, bevor der Patient nach weiterer Cardiazolbehandlung schließlich entlassen werden konnte.

Ein wesentlich kürzerer Klinikaufenthalt (jeweils nur ein Monat) ergab sich unter den Zyklolithen erstaunlicherweise für die 3 Patienten, die eine kombinierte Cardiazoltherapie erfuhren. Die Therapie führte zumindest in 2 Fällen zu einem Behandlungserfolg.

Es kamen aber auch noch andere Kombinationen der Elektrokrampfbehandlung zur Anwendung. 5 ausschließlich depressive Patienten erfuhren in den Jahren von 1940 - 51 eine mit Neurophillin kombinierte Elektrokrampftherapie. Es kam hierbei zu einigen günstigen Therapieergebnissen. Große Angst vor weiterer Elektrokrampfbehandlung führte bei einer 32-jährigen Hausfrau nach dem 5. Krampf zur Umstellung auf eine Anoxol-Schock-Therapie, die nach dem 2. Schock ebenfalls abgelehnt wurde. Die endogene Depression war somit nach 10 Wochen noch nicht genügend abgeklungen, als die Patientin gegen Revers entlassen wurde. Bei einem 21-jährigen Hebephrenen konnte auch eine Anaesthesulf-Behandlung im Anschluß an etliche vorausgegangene Elektrokrämpfe und Insulinkomata keine wesentliche Besserung erreichen. 20 weitere Elektrokrämpfe führten zwar zu einem "geordneten Verhalten", doch mußten wegen erneuter Unruhe 25 zusätzliche Elektrokrämpfe verabfolgt werden, die letztlich ohne entscheidende Wirkung blieben. Der Patient mußte schließlich in eine Heil- und Pflegeanstalt verlegt werden.

In der Krankengeschichte eines 39-jährigen, binnen 3 Jahren zum sechsten Mal stationär behandelten schizophrenen Patienten findet sich die Notiz einer kombinierten Pyripher-Elektrokrampfbehandlung. Bei der Entlassung zeigte sich der Patient zwar von Wahnwahrnehmungen befreit und bot auch ein unauffälliges Benehmen, doch ließen seine Gleichgültigkeit und der Mangel an Initiative einen deutlichen Defektzustand erkennen.

Auch Opium-Kuren wurden einigen der zykllothymen Patienten verordnet. Nach E.BLEULER (1949) gelingt es bei Melancholischen, namentlich solchen mit ängstlicher Färbung, zuweilen mit einer Opium- oder Kodein-Kur den Anfall zu coupieren oder doch dem Kranken Erleichterung zu verschaffen. Tinctura opii oder ein verwandtes Präparat werden dreimal täglich während 3-4 Wochen in steigenden Dosen eingenommen. Sofern keine Nebenwirkungen, wie z.B. Obstipation, auftreten, wird die Maximaldosis etwas überschritten; 1 - 2 Wochen später muß allerdings die Dosis in jedem Fall wieder langsam reduziert werden, auch dann, wenn keine Änderung des Zustandes eingetreten ist. Auch heute kann nach HAASES (1972) Auffassung in Einzelfällen eine Medikation mit Tinctura opii simplex immer noch mit einigem Erfolg angewandt werden. Er sieht sie für diejenigen Kranken vor, "die Psychopharmaka nicht gut vertragen, bei denen sie kontraindiziert sind oder keine ausreichende Wirkung zeigen." Die Opiumkuren der 4 zykllothymen Patienten, die wir im Rahmen dieser Arbeit erfassen konnten, wurden allerdings stets mit anderen Behandlungsmethoden kombiniert. In 3 Fällen wurde ein Ergebnis notiert; so konnte am Entlassungstag bei jedem dieser 3 Patienten ein "gebesserter Zustand" festgestellt werden. Während bei 2 der insgesamt 4 Zykllothymen dieser Gruppe die Opium-Kur mit Elektrokrämpfen ergänzt worden war, war die agitierte Melancholie einer 53-jährigen Patientin nur anfänglich mit Opium behandelt worden. Die Therapie hatte man mit einer Insulin-Kur fortgesetzt. Eine 67-jährige Patientin erhielt im Laufe eines 7-monatigen stationären Aufenthaltes zunächst Scopolamin, sodann Tinctura opii, wiederum Scopolamin und schließlich Gynergen, bevor sie bei weitgehendem Wohlbefinden entlassen wurde. Sie war während mehrerer vorausgehender Phasen schon oft hospitalisiert und hierbei mit Paraldehyd, Bellergal, Elektrokrämpfen, Neurophillin und Scopolamin behandelt worden. E.BLEULER (1949) empfiehlt insbesondere bei vegetativ Stigmatisierten, je nachdem, ob sympathische oder parasympathische Tonussteigerungen überwiegen, Versuche mit Gynergen, Atropin oder Kombination beider (z.B. als Bellergal).

Die Behandlung der "manischen Zustände" einer 36-jährigen Schneiderin mit Sedativa, nach früherer Elektrokrampftherapie führte zu keinem Erfolg; das gleiche gilt für die Chininkur bei einem Schizophrenen.

Vor- und Nachteile, hierunter insbesondere die Gefahren, stehen sich bei allen sogenannten modernen körperlichen Behandlungsverfahren gegenüber. Nach E.BLEULER (1949) vermögen die Krampfbehandlungen sich häufig vorteilhaft auszuwirken, indem sie den Kranken erschüttern und möglicherweise seine Existenz bedrohen. Ferner wird eine vorübergehende Ruhigstellung des Kranken erreicht, auch wenn diese bei der Insulinkur nur 1 - 2 Stunden und bei den Krampfbehandlungen noch kürzere Zeit andauert. Schließlich führte E.BLEULER (1949) einen weiteren Gesichtspunkt an: "Sie (die modernen körperlichen Behandlungsmethoden) machen den Kranken auch vorübergehend hilfsbedürftig, so daß eine persönliche Beziehung mit Schwestern und Arzt leichter als gewöhnlich angeknüpft werden kann." Doch ist jedes der sog. modernen körperlichen Behandlungsverfahren mit Gefahren verbunden. Die Mortalitätsrate bei den Krampfverfahren ist immerhin geringer als bei der Insulinkur, wo sie wenige Prozent erreicht. Letztere ist stets mit dem Risiko eines irreversiblen Komas und eines Lungenödems verbunden (E.BLEULER, 1949). Knochenfrakturen sowie Hirnschädigungen aufgrund von Cardiazol- und Elektrokrämpfen sind heute aber durch Kurznaarkose und Relaxantien vermeidbar. Alle Krankheiten, die durch eine genaue Untersuchung des Kranken aufgedeckt werden, stellen hinsichtlich der erwähnten Kuren Kontraindikationen dar. Außerhalb der sog. aktiven Behandlungsverfahren bleibt die Opiumtherapie zu erwähnen, die den Patienten zu einem Opiophagen machen kann.

Mit Schwierigkeiten besonderer Art, die eine Insulinkur während der Nachkriegsjahre in Deutschland schaffen konnte, macht uns die Krankengeschichte eines schizophrenen Patienten vertraut. Sie enthält den Briefwechsel, der zwischen dem behandelnden Arzt und den Angehörigen des Kranken geführt wurde. Am 25.11.48 erging an den Bruder des Patienten folgende Mitteilung:

" ... Inzwischen ist der Zucker zu Ende gegangen. Wir würden noch etwa 7 Pfd. benötigen. Einstweilen habe ich unsere Verwaltung gebeten, diese aus den Küchenvorräten auszuliegen. Insulin, welches in den nächsten Tagen zu Ende geht, können wir jedoch selbst beschaffen. Ich wäre Ihnen jedoch dankbar, wenn Sie uns umgehend etwa 7 Pfd. Zucker schicken würden..." 3 Monate später schreibt der Stationsarzt: " ...Leider ist der Zustand Ihres Bruders trotz verschiedentlicher Elektrokrampfbehandlung noch nicht so, daß er entlassen werden kann. Wir haben jetzt die Absicht, noch einmal die große Insulin-Elektrokrampfbehandlung durchzuführen und wir bitten Sie deshalb, uns möglichst umgehend 12 Pfd. Zucker zu schicken. Nötigenfalls geht das auch in Raten, jedoch bitten wir um möglichst baldige Zusendung des ersten Zuckers, damit wir die Kur beginnen können." Da die Insulinkur schließlich eine Woche früher begann, hatte man sich den Zucker vorläufig von den Beständen eines anderen Patienten borgen müssen. Nach 14 Elektroschocks und 24 Insulinkomata erfolgte dann die Entlassung, nachdem "Halluzinationen nur noch geringfügig" bestanden.

4.6.2 Therapie an der Universitäts-Nervenklinik Erlangen im Jahre 1972.

Eine Zusammenstellung der Behandlungsmethoden in 100 Krankenblättern aus dem Jahre 1972 ergibt folgende Übersicht:

Tab. 14: Therapie bei schizophrenen Patienten aus dem Jahre 1972

	Patienten	
	männlich	weiblich
Neuroleptika	24	21
Neuroleptika und Elektrokrampfbehandlung	1	1
Neuro- und Thymoleptika ausgewogen	-	2
Sonstige Medikamente	-	1
insgesamt:	25	25

Tab. 15: Therapie bei zylothymen Patienten aus dem Jahre 1972

	Patienten	
	männlich	weiblich
Antidepressiva	13	18
Neuroleptika	2	1
Antidepressiva und Neuroleptika ausgewogen	1	3
Lithium und Antidepressiva	3	2
Lithium und Neuroleptika	3	-
Lithium, Antidepressiva, Neuroleptika	3	-
EKB und Neuroleptika	-	1
insgesamt:	25	25

Bereits die wenigen Zeilen von Tabelle 14 zeigen, daß an der Universitäts-Nervenklinik Erlangen die Behandlung schizophrener Patienten im Vergleich zu früher einheitlicher geworden ist: Die ehemaligen somatischen Behandlungsverfahren wurden durch die modernen Psychopharmaka, insbesondere durch die Neuroleptika, nahezu völlig aus der täglichen Praxis verdrängt. Es existiert die Qual der Wahl allenfalls für die zahlreichen Spezialitäten innerhalb der Gruppe der Neuroleptika. Die übersichtliche Anwendbarkeit und weitere therapeutische Vorteile geben der Behandlung mit Psychopharmaka meist den Vorzug gegenüber anderen somato-therapeutischen Verfahren (WIECK, 1967).

Neuroleptika lassen sich sowohl nach ihrer Effizienz, der sogenannten neuroleptischen Potenz, als auch nach ihrem chemischen Charakter (Phenothiazine, Butyrophenone) klassifizieren. Die 50 Krankenblätter schizophrener Patienten, die 1972 in der Universitäts-Nervenklinik Erlangen behandelt wurden, ergaben für die Häufigkeit der Anwendung verschiedener Neuroleptika folgende Reihenfolge:

Haloperidol (Orap), Benperidol (Glianimon), Levomepromazin (Neurocil), Reserpin mit Orphenadrin (Phasein forte), Fluphenazin (Lyogen forte), Pipamperon (Dipiperon), Perphenazin (Decentan).

Andere Präparate wurden nur selten verordnet.

Von den 50 schizophrenen Patienten, die 1972 in der Universitäts-Nervenklinik Erlangen behandelt wurden, war nahezu jeder zweite, insgesamt 21 "paranoid schizophren". Im Durchschnitt dauerte die Therapie in diesen Fällen 5 Wochen, wurde vielfach mit Haloperidol und zuweilen mit Neurocil begonnen und schließlich mit Orap fortgesetzt. Leider fehlte in den Krankengeschichten der weiblichen Patienten ein Vermerk zum Behandlungserfolg; von den 11 männlichen Patienten war in einem Fall die schizophrene Symptomatik völlig abgeklungen, in 6 Fällen ergab sich eine ausreichende oder befriedigende, in 3 Fällen lediglich eine geringfügige Besserung; unter den letzteren befand sich ein Patient, der die Klinik nach 3 Wochen gegen ärztlichen Rat vorzeitig verließ.

Für die Gruppe der 5 katatonen Patienten ergaben sich unterschiedliche Behandlungsergebnisse. Die Dauer des stationären Aufenthaltes lag zwischen 3 1/2 und 56 Wochen, im Mittel bei 22 Wochen. Ein 31-jähriger Patient wurde nach 10-wöchiger Behandlung "nahezu völlig remittiert" entlassen, bei einem anderen 43-jährigen Patienten, der zunächst lange Zeit mit verschiedenen Neuroleptika behandelt worden war, ließ sich der Stupor erst mit einer Serie von 5 Elektrokrämpfen durchbrechen, was schließlich zu einer erheblichen Besserung des Zustandes führte. Eine 25-jährige katatone Patientin wurde ebenso während mehrerer Monate mit zahlreichen Neuro- und Thymoleptika (Haloperidol, Neurocil, Anafranil) behandelt und bot schließlich ein aspon-tanes Bild. Eine rasche Besserung stellte sich allerdings nach einem Fieberschub im Rahmen eines allergischen Exanthems ein. In 2 Fällen wurde eine "noch nicht ausreichende bzw. "nicht nennenswerte" Besserung erzielt, einer dieser Patienten war jedoch vorzeitig aus der Klinik entwichen.

Gleichfalls unterschiedlich erwiesen sich die Therapieergebnisse für die Gruppe von 10 Patienten mit einer Hebephrenie oder einer Schizophrenia simplex. Während in 3 Krankenblättern kein Ergebnis vermerkt wurde, kam es bei 4 Patienten zu einer Besserung des Zustandes; in 2 weiteren Fällen gelang allerdings eine therapeutische Beeinflussung nicht; ein Patient verließ die Klinik nach einer Woche gegen Revers. Die Behandlung begann sehr oft mit Dipiperon oder Haloperidol, erstreckte sich im Durchschnitt über 13 Wochen und schloß meist mit Orap ab. Bei einer 28-jährigen Patientin, die im Laufe von 9 Jahren bereits neunmal in eine psychiatrische Klinik eingewiesen worden war, wurde vom üblichen Behandlungsplan abgewichen: Sie erhielt das Kombinationspräparat Limbatriil F (aus dem Tranquillizer Chlordiazepoxyd und dem Antidepressivum Amitriptylin bestehend); es ergab sich eine rasche Remission.

Günstige Ergebnisse konnten bei der Therapie von chronischen Schizophrenen sowie von schizophrenen Defekten nur vereinzelt festgehalten werden. Meist lautete die Schlußfolgerung: "Massive akustische Halluzinationen klangen auch unter mehrmonatiger

neuroleptischer Behandlung nicht ab, bei der Entlassung ausreichend geordnetes Verhalten, ausgeglichen" oder "sehr zögernde und unausgiebige Remission", ebenso "Rückbildung der produktiven Symptome, aber Zurückbleiben eines schizophrenen Defektes im Sinne eines Verlustes an Dynamik" oder "Klinik gegen ärztlichen Rat verlassen, Beschwerden noch nicht völlig abgeklungen." Dennoch wurde in 2 von 14 Fällen ein "gebesserter Zustand, zweimal auch ein "mäßig gebesserter Zustand" bzw. eine "nicht ganz vollständige Remission" notiert, 2 weitere Krankenblätter enthielten hingegen keine diesbezüglichen Angaben. Die durchschnittlich 12-wöchige Behandlung chronischer bzw. Defektschizophrener ist oft durch die Therapie mit 3 - 5 Neuroleptika gekennzeichnet. Eine 43-jährige Patientin wurde außer mit Neuroleptika auch mit Antidepressiva behandelt. Ferner führte hochdosiertes Haloperidol bei einer 18-jährigen Patientin zwar zu einem raschen Abklingen der Erscheinungen, doch blieb die Remission insgesamt unvollständig. Eine sehr gute Besserung zeigte sich hierauf nach der Verabfolgung einiger Elektrokrämpfe, die aber wegen schlechter Verhältnisse nicht fortgesetzt werden konnten, so daß bei der Entlassung nach 8 1/2 Wochen eine nicht ganz vollständige Remission vermerkt wurde. 2 Patienten hatten schließlich die Klinik gegen ärztlichen Rat vorzeitig verlassen.

Entsprechend den Neuroleptika für die Behandlung der schizophrenen Psychosen erlangten die Thymo(ana)leptika - auch Antidepressiva genannt - eine ähnlich große Bedeutung für die Therapie der Zyklithymien, wenn sie auch letztlich nicht kausal auf den Krankheitsprozeß wirken. Nach WIECK (1967) heben sie die Stimmung und das Wohlbefinden und führen zu einer Stimmungsänderung.

Folgende Antidepressiva (in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit) kamen bei den 50 von uns erfaßten Patienten des Jahres 1972 zur Anwendung:

Clomipramin (Anafranil), Imipramin (Tofranil),
Amitriptylin (Laroxyl), Dibenzepinum (Noveril).

Andere Antidepressiva wurden nur in wenigen Fällen verordnet. Auch Neuroleptika kamen verschiedentlich zur Anwendung, doch erreichten sie nur selten die Bedeutung der Antidepressiva im

Behandlungsplan. In 11 Fällen wurde - meist ergänzend - Lithium in Form von Quilonum verabreicht.

Von 50 zykllothymen Patienten, die 1972 in der Universitäts-Nervenklinik Erlangen stationär behandelt wurden, kam 37 Patienten die Diagnose "Zykllothyme Depression" zu. In den meisten Fällen begann die Behandlung mit Anafranil-Infusionen in steigender Dosierung und wurde mit Anafranil-Dragees fortgeführt. Vielfach wurde dieses Medikament mit dem Tranquillizer Tranxilium (aus der Reihe der Benzodiazepine) kombiniert. Im Durchschnitt umfaßte der Klinikaufenthalt nahezu 6 Wochen. Wenn auch in sehr vielen Krankengeschichten eine Bemerkung zum Therapieerfolg fehlt, wird in insgesamt nur 3 Hinweisen vom Ausbleiben eines Erfolges gesprochen ("Umfangreiche thymoleptische Behandlung ergibt keinen Erfolg. Verlegung in das Bezirkskrankenhaus A."; "Keine stärkergradige Besserung". Im Falle der zykllothymen Depression mit anankastischer Symptomatik: "Anafranil-Behandlung ohne Erfolg, Empfehlung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung unter Beibehaltung der Anafranil-Medikation"). Häufiger konnte hingegen eine Besserung des Zustandes festgestellt werden. Die Therapie beschränkte sich nicht in allen Fällen auf Antidepressiva allein. Bei einem Patienten ergab sich für die Behandlung ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Neuroleptika und Antidepressiva, in 4 Fällen wurden Antidepressiva in Kombination mit Lithium verabreicht, und schließlich zweimal ergab sich eine Kombination von Lithium, Antidepressiva und Neuroleptika.

Unterschiedlich wird auch die Therapie bei insgesamt 3 Fällen von "Zykllothymen Manie" gehandhabt. Während ein 27-jähriger Student mit Lyogen Depot, Neurocil und Quilonum behandelt wurde, erhielt ein 30-jähriger Angestellter außer Quilonum ein Antidepressivum. Ausschließlich Decentan wurde einer 40-jährigen Patientin gegeben.

Zykllothyme Mischzustände und biphasische Verläufe wiesen 2 Patienten auf. Auch hier wurde unterschiedlich verfahren: Ein 69-jähriger Patient wurde mit einem Antidepressivum, ein 20-jähriger Schüler mit mehreren Neuroleptika behandelt.

Entsprechend dem psychopathologischen Bild der Mischpsychosen, die Elemente der Schizophrenie als auch der Zykllothymie aufweisen, nimmt auch die Therapie dieser Krankheitsgruppe eine Zwischenstellung ein.

Von insgesamt 8 an einer Mischpsychose erkrankten Patienten, wurde in einem Fall ausschließlich mit Neuroleptika, in 3 Fällen mit Antidepressiva und Neuroleptika in einem ausgewogenen Verhältnis behandelt; 2 Patienten erhielten Lithium und Neuroleptika, ein Patient Lithium, Antidepressiva und Neuroleptika und ein weiterer Patient neben einer neuroleptischen Therapie 4 elektrische Durchflutungen, die ein langsames Abklingen der Symptomatik bewirkten.

4.5.3 Vergleichende Betrachtung: Elektrokraftverfahren und Psychopharmaka

Bezüglich der direkten Behandlungsvorteile von Psychopharmaka seien lediglich die Aussagen von zwei Autoren angeführt: Neuroleptika haben eine günstige Wirkung auf psychomotorische Erregtheit, affektive Spannung, psychotische Trugwahrnehmungen, psychotisches Wahndenken, katatone Verhaltensstörungen und schizophrene Ichstörungen (WIECK, 1967). Die neuroleptische Wirkung vermag das gesamte psychisch-energetische Niveau erheblich zu vermindern, ohne daß die Helligkeit des Bewußtseins bei optimaler Dosierung beeinträchtigt wird und ohne daß die Kritikfähigkeit gestört wird (HAASE, 1972). Zu den Nachteilen einer Therapie mit Psychopharmaka zählen verschiedene Nebenwirkungen und Komplikationen. WIECK (1967) beschreibt, daß es vor allem bei hochpotenten Neuroleptika im Behandlungsbeginn zu paroxysmal auftretenden hyperkinetisch-dystonen Syndromen kommen kann. Außerdem treten oft vegetative Symptome auf, wie "Hypersalivation oder Mundtrockenheit, Durchfälle und Verstopfung, Hypothermie oder Fieber, Schwitzen oder Anhidrosis, Hitzewallungen oder Frösteln, Hautrötung oder Blässe, Müdigkeit und Schläfrigkeit sowie Schlaflosigkeit, auch Oligurie oder Miktionsstörungen, Übelkeit ...". Ferner können sich Herz- und Kreislaufbeschwerden ergeben, wie z.B. eine Tachykardie oder Stenokardien. Neuroleptika wie Antidepressiva können zuweilen auch eine Agranulozytose hervorrufen. Nach P.MÜLLER(1973) engen vor allem die psychomotorische Hemmung mit ihren negativen sozialen Konsequenzen und die Schäden am Zentralnerven-

system eine Indikation zur Langzeitbehandlung mit Psychopharmaka ein. HAASE (1972) vergleicht Vor- und Nachteile schwach bis mittelstark potenter Neuroleptika mit denen stark bis sehr stark potenter Neuroleptika. Während die Medikamente der zuerst genannten Art innere Erregung und Angst dämpfen, den Nachtschlaf fördern und möglicherweise das vegetative System günstig beeinflussen, können sie hingegen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen und im Straßenverkehr durch begleitende Müdigkeit behindern. Ferner können störende vegetative Nebensymptome (Kreislaufbeeinträchtigung, Mundtrockenheit, Akkommodationsstörungen) vorkommen, eine starke Belastung des Organismus ergeben insbesondere höhere Dosen. Stark bis sehr stark potente Neuroleptika können andererseits - insbesondere bei Überschreiten der angegebenen Tagesdosierungen - extrapyramidale dyskinetische Reaktionen hervorrufen; sie fördern den Nachtschlaf nur geringfügig. Doch ist ihre Anwendung mit einer Reihe von wichtigen Vorteilen verbunden, wie affektive Dämpfung bzw. Ausgleich affektiver Spannungen ohne Müdigkeit, nur geringe vegetative Nebensymptome und insbesondere keine oder nur eine geringfügige Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Da also stark bis sehr stark potente Neuroleptika die Arbeitsfähigkeit nur unerheblich beeinträchtigen, erscheinen sie insbesondere für den Zeitraum der beruflichen Wiedereingliederung geeignet. Der doch recht enge Zusammenhang zwischen Therapie und Arbeitsfähigkeit und folglich auch zwischen Therapie und Erwerbsfähigkeit, wird hiermit erneut deutlich, zumal er durch die moderne Psychopharmakotherapie erheblich an Bedeutung gewonnen hat. Somit bestimmte dieser Sachverhalt auch den Umfang der hier vorliegenden Ausführungen zur Therapie.

Die mögliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von Schizophrenen, die nach der stationären Behandlung weiterhin Psychopharmaka zu Hause einnehmen sollen, stellt ein Problem dar, das sich früher bei der fast ausschließlichen Anwendung von Krampfverfahren nicht stellte. Während zu jener Zeit eine Behandlung einzig und allein in der Klinik abgeschlossen wurde, was wohl auch die längere Dauer früherer Klinikaufenthalte

zum Teil erklärt, wird heute vielfach die Pharmakotherapie während einer kürzeren oder längeren Zeitspanne zu Hause fortgeführt. Über Notwendigkeit und Dauer einer Fortführung der Neuroleptika in der Phase der Stabilisierung und Resozialisierung gibt es gleichfalls verschiedene Auffassungen. ALSEN(1973) schreibt hierzu: " Ob überhaupt, in welcher Dosierung und wie lange hier noch Psychopharmaka gegeben werden müssen, das ist unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten zu entscheiden. Gelingt die ärztliche Führung ohne Neuroleptika, so ist das sicher das Beste. Erscheint die Kontinuität dieser Führung jedoch allzu gefährdet durch überdauernde psychotische Erlebnisveränderungen, durch eine hohe Brüchigkeit des affektiven Grundes oder auch durch überlastende psychosoziale Faktoren, dann sollte man sich der Stabilisierungsfunktion der Neuroleptika auch langfristig und selbst auf Dauer bedienen. Denn immer neue Krisen und Dekompensationen halte ich für bedenklicher als die Gefahren einer neuroleptischen Dauertherapie". Hinsichtlich einer prophylaktischen Dauermedikation führt M.BLEULER (1972) eigene Erfahrungen an seinen Probanden an. Seine Skepsis drückt er mit folgenden Worten aus: " Kein einziger Patient, der geheilt oder gebessert während Jahren oder dauernd außerhalb der Klinik lebte, hat langfristig Medikamente eingenommen". Er fügt allerdings hinzu: "Es liegt mir fern, von der prophylaktischen Dauerverabreichung neuroleptischer Mittel bei remittierten Schizophrenen völlig abzuraten." Das Problem dürfte im wesentlichen aber nur die Dauer der Medikamenteneinnahme und die Potenz der Neuroleptika betreffen. MOLDENHAUER (1973) gibt hierzu an, daß eine 2-jährige medikamentöse Nachbehandlung bei nachgewiesenen wiederholten Schüben nicht immer ausreiche. In jedem Fall müsse die Dauerbehandlung sehr differenziert durchgeführt werden. Auch ALSEN (1973) fordert, die Indikation zur Weiterbehandlung differenziert zu stellen: "Prinzipiell und praktisch muß man stärker als bisher unterscheiden zwischen kurzfristiger Weiterbehandlung einer akuten Restsymptomatik bis zu deren Abklingen einerseits und einer Langzeitbehandlung bei chronischer Erkrankung mit produktiven Symptomen andererseits. Auf eine prophylaktische Behandlung vollremittierter Schizophrener mit guter

Prognose sollte so lange verzichtet werden, bis die noch notwendigen exakten Untersuchungen deren Wert evtl. nachweisen." In der Frage der neuroleptischen Potenz vermerkt HAASE (1967) für die medikamentöse Nachbehandlung, daß die Kranken die stärker potenten Neuroleptika bei optimaler Dosierung den schwächer potenten fast ausnahmslos vorziehen, zumal sie auch eher einer Beschäftigung nachgehen können. Nach ALSEN (1973) erscheinen die hochpotenten Langzeitneuroleptika wenigstens im Prinzip als Mittel der Wahl in der Resozialisierungsphase.

Inwieweit die Pharmakotherapie den Krampfverfahren überlegen ist oder auch die letzteren den Psychopharmaka überlegen sind, ist nur schwer einzuschätzen. Zu groß ist die Zahl von Vor- und Nachteilen jeder Behandlungsmethode, zu sehr gehen die Meinungen in der Fachwelt auseinander, als daß hier eine eindeutige Antwort gegeben werden könnte. Sofern man allerdings die bisherigen Ausführungen und Ergebnisse unserer Erhebungen heranzieht, so erscheinen uns letzten Endes im Hinblick auf die berufliche Wiedereingliederung des psychisch Kranken die Psychopharmaka den Krampfverfahren überlegen. Zu berücksichtigen ist hierbei auch, daß in den Schlußbemerkungen in Krankengeschichten aus dem Jahre 1972 eine vollständige Remission meist deshalb nicht erwähnt werden konnte, weil die Behandlung - wie bereits erwähnt - zu Hause weiter- und zu Ende geführt wurde. HUBER (1973) gibt zwar an, daß der "reine Defekt" in seiner Essenz auch durch Pharmakotherapie nicht restlos auflösbar ist, daß aber insbesondere die Langzeitbehandlung offenbar die Dauerprognose günstig beeinflussen kann, indem sie die morbogene Tendenz zur Ausbildung reiner Residuen auf Kosten der typisch schizophrenen Defektpsychosen verstärkt. Je länger der Kranke in der Wahnwelt lebte und je mehr er sich damit identifizierte, umso geringer erwies sich allerdings die neuroleptische Wirkung (HAASE, 1972); sie dämpfte zwar die gesamte Erlebnisfähigkeit, verhalf aber dem Schizophrenen nicht mehr zur Realität zurück. HUBER (1964) nennt weitere Vorteile der modernen Pharmakotherapie gegenüber den herkömmlichen Behandlungsmethoden: Die Möglichkeit der Dauerbehandlung mit ihren günstigen Auswirkungen auf Anstaltsmilieu, Soziotherapie und

Hospitalisierungsdauer sowie die Ermöglichung der ambulanten Erhaltensbehandlung bei vielen früher dauernd anstaltsbedürftigen Kranken. Seiner Meinung nach kommen infolge der Pharmakotherapie auch bei vielen sogenannten Defektschizophrenen überraschende, häufiger und rascher als vor der pharmakotherapeutischen Ära erreichbare psychopathologische Teilremissionen vor. "Warum aber durch Psychopharmaka die Psychose bei vielen, über Jahre ohne Progression persistierenden, paranoid-halluzinatorischen Dauerformen nicht zu beseitigen ist, muß letztlich offen bleiben...". Einen weiteren Akzent setzt PETRILOWITSCH(1968) mit der Feststellung, die Verbesserung der therapeutischen Effekte durch die Psychopharmaka wirke sich weit mehr auf die Intensität als auf die Dauer der Krankheitsprozesse aus. MÖLLHOFF (1965) spricht davon, daß die intensive Pharmakotherapie in vielen Fällen eine Stabilisierung der Dynamik und eine wesentliche Besserung der Antriebslage erreichen konnte. Schließlich betont MENDE (1966), daß die moderne Behandlung Schizophrener, insbesondere die Pharmakotherapie, heutzutage häufiger, als dies früher der Fall war, eine mehr oder minder gute soziale Wiedereingliederung der Kranken ermögliche. Und TÖLLE (1966) zählt die Entdeckung der Neuroleptika und anderer Psychopharmaka zu den bedeutendsten Fortschritten der modernen Medizin: "Der Stil des psychiatrischen Krankenhauses hat sich von Grund auf gewandelt, erregte und laute Schizophrenen sind eine Seltenheit, mechanische Maßnahmen praktisch überflüssig geworden, und die Wiedereingliederung des Schizophrenen in die gesunde Umwelt wird durch die neuroleptische Dauertherapie erheblich erleichtert."

So sehr auch eine Elektrokrampfbehandlung von vielen Patienten nur mit großem Widerwillen ertragen wird, so mag sie in manchen, wenngleich seltenen Fällen auch heute noch indiziert sein. Für diesen eng umschriebenen Bereich ließe sich wohl auch von einer Überlegenheit der Elektrokrampfbehandlung sprechen. So kann in einzelnen Fällen mit im Vordergrund stehender katatonen Symptomatik wegen vitaler Gefährdung eine Elektrokrampfbehandlung auch heute noch unumgänglich sein (HAASE, 1972). Nach WIECK (1967) wird man zunächst durchweg mit der Pharmakotherapie beginnen und

die Krampfbehandlung für die Fälle reservieren, bei denen eine Besserung mit Psychopharmaka nicht erreicht werden kann. Bezüglich zylothymen Depressionen empfiehlt HAASE (1972) den Versuch einer Elektrokrampfbehandlung, wenn nach 6-wöchiger Behandlung mit Psychopharmaka noch keine Besserung erzielt werden konnte.

Entsprechend den Gegebenheiten bleibt also die Möglichkeit erhalten, die endogenen Psychosen auf verschiedene Weise zu behandeln. In dieser Hinsicht können Psychopharmaka und elektrische Durchflutungen sich keineswegs einander ausschließen, sondern dürften sich vielmehr sinnvoll ergänzen.

4.6.4 Soziotherapie und Psychotherapie

Neben der medizinischen Rehabilitation erfährt die soziale Rehabilitation als Fortführung der medizinischen Heilmaßnahmen eine immer größere Anerkennung. So folgen einander im Idealfall Beschäftigungs-, Arbeitstherapie, sodann entweder Umschulungsmaßnahmen und Vermittlung eines Arbeitsplatzes oder Wiederaufnahme der Tätigkeit am früheren Arbeitsplatz. Bei der Vermittlung eines Arbeitsplatzes ist sowohl an eine volle Berufstätigkeit als auch an eine Teilzeitarbeit zu denken; schließlich kann auch die Beschützende Werkstätte in Betracht kommen. Der Auf- und Ausbau zahlreicher der sozialen Rehabilitation dienenden Einrichtungen bleibt allerdings zu einem großen Teil der Zukunft vorbehalten. Somit war und ist man bislang oft gezwungen, mit einem unvollständigen System zur Rehabilitation psychisch Erkrankter auszukommen.

Die Beschäftigungstherapie hat zum Ziel, die Phantasie, den Form- und Gestaltungstrieb des Patienten anzuregen (HARLFINGER, 1966), die produktiven Kräfte des Kranken zu wecken (WIECK, 1967). WIESER (1973) formuliert: "Beschäftigungstherapie bedeutet den planmäßigen Aufbau der allgemeinen psychischen Leistungsfähigkeit des Patienten und gewisser spezieller manueller Fähigkeiten, vorerst allerdings noch ohne Anspruch auf Leistung und materielle Entlohnung." Zahlreiche Patienten, die sich im Jahre 1972 wegen einer endogenen Psychose in der Universitäts-Nervenlinik Erlangen aufhielten, konnten an der Beschäftigungstherapie teilnehmen, bevor ihre Entlassung aus der stationären Behandlung erfolgte.

Während der Patient in der Beschäftigungstherapie seiner Tätigkeit relativ unverbindlich gegenübersteht, verpflichtet ihn eine Arbeit in der Arbeitstherapie ungleich stärker zur Leistung, zur Bewältigung einer Aufgabe innerhalb einer angemessenen Zeit und zu einer möglichst guten Qualität des Produktes (HARLFINGER, 1966). Während sich der Patient in der Beschäftigungstherapie daran gewöhnt, überhaupt wieder tätig zu sein, übt er in der Arbeitstherapie, den Anforderungen an Stetigkeit und Ausdauer gerecht zu werden (BOSCH, 1972). Arbeitstherapie erfordert einen nicht geringen Aufwand, wie insbesondere die Einrichtung spezieller Werkstätten. Sie kann von einem systematischen Arbeitstraining abgelöst werden, doch stehen beide - wie HARLFINGER (1966) beschreibt - in einem polaren Gegensatz zueinander: " In der Arbeitstherapie werden die Umweltbedingungen den Bedürfnissen des Patienten angepaßt, während im Arbeitstraining der Patient den Anforderungen seiner zukünftigen Umwelt angepaßt werden soll." WIESER (1973) hält die Arbeitstherapie hingegen besonders bei Kranken mit langer Aufenthaltsdauer für angezeigt, bei denen die berufliche Rehabilitation vorläufig noch ein ungewisses Ziel sei. Sie sollten nach einem festen Programm am besten in Beschützenden Werkstätten außerhalb der Krankenstation oder gar des psychiatrischen Krankenhauses ügend tätig sein. Das Arbeitstraining sei eher für die Kranken gedacht, die einen festen Beruf oder einen gesicherten Arbeitsplatz haben und sich hierfür üben müssen, "so zum Beispiel bei einer Übungsfirma, im Übungsbüro des Krankenhauses oder in manuellen Tätigkeiten in den hauseigenen Betrieben für rekonvaleszente Handwerker." Auf das hiermit umschriebene Arbeitstraining dürfte sich auch SALM (1967), wie folgt, beziehen: "Wenn unsere Arbeitstherapie einen rehabilitativen Wert haben soll, muß sie wenigstens auf den gehobeneren Stufen sich in ihren Anforderungen dem Arbeitstag des Normalen nähern." Ein kritischer Einwand wird von BENNETT (1972) vorgebracht. Er sieht in der Ausübung einer Tätigkeit ein Grundbedürfnis der Kranken, die ohne Beschäftigung auf der Station leben. Solange der Charakter, die Organisationsstruktur und die Richtlinien dieser Arbeit unklar blieben, könne sie daher kaum als Therapie bezeichnet werden, auch wenn damit eine Befriedigung von Bedürfnissen gegeben sei.

Wenn insbesondere bei chronisch Kranken eine Vermittlung an den früheren oder auch an einen neuen Arbeitsplatz nicht gelingt, kann der Patient Aufnahme in einer Beschützenden Werkstätte finden. Doch muß die Beschützende Werkstätte keineswegs ein Schlußstein der Rehabilitation sein. Wie E.HEIM und B.SCHMID (1972) anmerken, kann deren Funktion durchaus ein Arbeitstraining sein, dem das Überwechseln in ein normales berufliches Milieu folgt. Die Möglichkeiten der psychiatrischen Soziotherapie sind hiermit aber noch nicht erschöpft. In die Behandlungskette läßt sich die vorübergehende Unterbringung in Tages- oder Nachtkliniken sowie in Übergangsheimen einfügen; ferner sind geschützte Arbeitsplätze (im Gegensatz zu Beschützenden Werkstätten), Anlernwerkstätten und Umschulungseinrichtungen zu nennen. Nur durch den Ausbau derartiger Einrichtungen können die pharmakotherapeutisch erzielten Erfolge gesichert werden (HUBER, 1964).

Eine unterschiedliche Einschätzung erfährt in Fachkreisen die Psychotherapie endogener Psychosen. HAASE (1972) ist der Auffassung, depressive Psychosen seien "nicht durch Psychotherapie zu kompensieren, sondern durch körperliche Behandlungsverfahren, wie entsprechende Medikamente und eventuell Elektroschocks". Während schizophrene oder zylothyme Patienten wohl nur noch selten ausschließlich psychotherapeutisch behandelt werden, kommt dieser Art von Therapie zuweilen eine ergänzende Funktion bei der Behandlung zu. Eine psychoanalytische Methode findet allerdings infolge der Ich-Schwäche des Psychotikers kaum Anwendung.

Wie BOSCH (1972) vermerkt, sind in der Sozialpsychiatrie psychotherapeutische Methoden und psychotherapeutisch orientierte Verhaltensweisen heute weit verbreitet. Evident sei das psychotherapeutische Bedürfnis der Sozialpsychiatrie auf den Gebieten der Psychohygiene, der Prophylaxe und auf weiten Strecken der ambulanten Behandlung. BOSCH (1972) zeigt ferner, wie sich Soziotherapie und Psychotherapie zueinander verhalten: "Während die Psychotherapie betont darauf ausgeht, daß latent Mechanismen zutage kommen, weil sie nur dann einer verbalen Behandlung zugänglich sind, geht die Soziotherapie mit dem Kranken soweit als möglich wie mit einem

Gesunden um." Für die zahlreichen Formen der Psychotherapie scheint eine Gruppenpsychotherapie am erfolgreichsten zu sein. Eine günstige Auswirkung auf die Rehabilitationsergebnisse könnte nach den Ergebnissen von R.SCHINDLER (1958) gegeben sein. Es sei noch auf ALSENS (1973) Standpunkt hingewiesen. Er betont, daß Pharmakotherapie und Psychotherapie schizophrener Patienten nicht gegeneinander ausgespielt werden können, sondern in einem Ergänzungs- und Förderungsverhältnis stehen bzw. stehen sollten. "Engt man den Begriff der Psychotherapie nicht willkürlich auf ein analytisches Vorgehen ein, sondern versteht man darunter sinngemäß seelische Krankenbehandlung unter selbstverständlichem Einschluß aller soziotherapeutischen und Rehabilitationsmaßnahmen, dann wird sofort deutlich, daß Schizophreniebehandlung unter Verzicht auf Psychotherapie undenkbar ist."

4.7 Die Minderung der Erwerbsfähigkeit durch endogene Psychosen

4.7.1 Angaben zu Beruf und Erwerbsfähigkeit der schizophrenen und zyklotrymen Patienten in den Krankentättern der Jahre 1940 - 1951

Von den von uns erfaßten 25 schizophrenen männlichen Patienten, die in der Zeit von 1940-51 in der Universitäts-Nervenklinik Erlangen behandelt wurden, lag in 10 Fällen eine Erstmanifestation vor. Die folgende Tabelle enthält den Beruf dieser 10 Patienten nach ihrer Ausbildung sowie den Beruf bzw. die Tätigkeit vor Ausbruch der psychischen Krankheit.

Tab. 16: Berufsangaben der männlichen Schizophrenen der Jahre 1940-51, die zum ersten Mal stationär psychiatrisch behandelt wurden

Fall-Nr.	Beruf nach Schulzeit bzw. Ausbildung	Beruf vor Ausbruch der Krankheit
52	Buchdrucker	Buchdrucker
53	(keine Angaben)	Korbmacher
54	(" ")	Schneidermeister
56	Flugzeugmonteur	Flugzeugmonteur
64	Elektriker	selbst.Elektroinstallateur(derzeit i.amerik. Militärhaft)
65	Friseur	Friseur
67	Automechaniker	KFZ-Fahrer f.eine Ziegelei
68	Hilfsarbeiter (Walzwerk)	Walzwerkerarbeiter
72	Landwirtschaftsgehilfe	(in Kriegsgefangenschaft)
74	Hilfsarbeiter	Hilfsarbeiter

Soweit bei der letzten Klinikaufnahme der Jahre 1940 - 51 bereits eine oder mehrere stationäre Behandlungen wegen der Psychose vorausgegangen waren, ergeben unsere Erhebungen folgende Tabelle:

Tab. 17: Berufsangaben der männlichen Schizophrenen der Jahre 1940-51, die bereits ein- oder mehrmals stationär psychiatrisch behandelt worden sind

Fall-Nr.	Beruf nach Schulzeit bzw. Ausbildung	Beruf vor Ausbruch der Krankheit	Beruf vor dem gegenwärt. stat. Aufenthalt
51	ldw. Gehilfe	(im Wehrdienst)	ldw. Arbeiter
55	-	"früher Student"	-
57	ldw. Arbeiter	(im Wehrdienst)	Musiker
58	Glasschneider	Glasschneider	(keine Angaben)
59	Landwirt (i.elterl. Betrieb)	Landwirt	Landwirt
60	Elektroinstallateur	(im Wehrdienst)	(keine Angaben)
61	(keine Angaben)	Bahn-Schmied	(" ")
62	(" ")	Arbeiter	(" ")
63	Maler	Maler	Maler
66	(Kriegsabitur)	ohne Beruf	(keine Angaben)
69	Mechaniker	Mechanikermeister (i. Familienbetrieb)	Mechaniker (i. Familienbetrieb)
70	Physiker	(im Wehrdienst)	arbeitslos
71	(keine Angaben)	(keine Angaben)	(keine Angaben)
73	Bauer	(" ")	(" ")
75	Schlosser	Schlosser	(" ")

Während für das Problem eines krankheitsbedingten Berufswechsels Tabelle 16 nicht in Betracht gezogen werden kann, gibt Tabelle 17 hierüber nur sehr lückenhaft Aufschluß. Dies ist in erster Linie auf fehlende Angaben in den alten Krankenblättern, zum anderen auf die Wehrdiensttätigkeit etlicher Patienten zurückzuführen. Immerhin wurde der Beruf bis zur Erstmanifestation der Krankheit fast immer beibehalten, was sicherlich auch Folge der geringen beruflichen Mobilität früherer Zeiten ist. In 7 der insgesamt 35 Krankengeschichten fand sich eine Beschreibung des beruflichen Werdegangs, hingegen fehlten Angaben hinsichtlich des versicherungsrechtlichen Status. Es ist anzunehmen, daß Spalte 3 der Tabelle 17 im Falle vollständiger Angaben einige Rentenfälle aufweisen würde. Ferner wissen wir aus den Krankenblättern beiliegenden Schriftstücken, daß für 3 Patienten (Fall-Nr. 51, 66, 67) in späteren

Jahren (1962,1957,1957) eine Invalidenrente beantragt wurde; mindestens 4 weitere Patienten (Fall-Nr. 54,72,75) wurden später in eine Heil- und Pflegeanstalt eingewiesen. Das Problem der Fortführung der beruflichen Tätigkeit nach Entlassung aus der Klinik wird nur in wenigen Krankengeschichten berührt, und auch dann oft nur mit dem Vermerk "gebessert arbeitsfähig entlassen". Nur in 2 Fällen sind die Aufzeichnungen ausführlicher; ein Buchdrucker (52) will wieder bei seinem Meister arbeiten, "es bleibt aber abzuwarten, ob sich der Patient in seinem alten Beruf zurechtfindet, er solle aber zunächst den Versuch machen." Zum Falle des ehemaligen Studenten der Landwirtschaft (55) erfahren wir, daß er nach der Entlassung sein Studium abschließen will, was auch seitens des Klinikarztes befürwortet wird. Allerdings scheint es, daß diese Absicht bald scheiterte, da er wenige Monate später in einer Schwerkriegsbeschädigten-Werkstätte für das Fach Keramik umgeschult wurde. Offensichtlich ist dies der einzige Patient dieser Gruppe, der eine Umschulung in einer Rehabilitationswerkstätte erfuhr. Aus dem Fehlen etlicher beruflicher Informationen ergibt sich somit eine Kritik an den Autoren der alten Krankenblätter. Im Vergleich zur Gestaltung der heutigen Krankenblätter wird bereits der Wandel deutlich, den die moderne Sozialpsychiatrie mit sich brachte. Einen ähnlichen Vorwurf erhebt MATTUSSEK (1965): "In den älteren Krankengeschichten sind nicht alle für den Verlauf der Krankheit wichtigen Teilfaktoren mit der gebührenden Zuverlässigkeit eingetragen. So fehlen meist die wichtigen Beschreibungen der Berufs- und Familiensituation sowie differenzierte Angaben über Kindheit, Jugendzeit und das Persönlichkeitsbild während der Intervalle, also Daten, die nach dem heutigen Wissensstand für eine möglichst vollständige Analyse notwendig wären."

Entsprechend den vorangehenden Tabellen sei nun auf die berufliche Tätigkeit eingegangen, die die 25 schizophrenen weiblichen Patienten zu verschiedenen Zeiten ihres Lebens ausübten.

Tab. 18: Berufsangaben der weiblichen Schizophrenen der Jahre 1940-51, die zum ersten Mal stationär psychiatrisch behandelt wurden

Fall-Nr.	Beruf nach Schulzeit bzw. Ausbildung	Beruf vor Ausbruch der Krankheit
79	-	"Landwirtstochter"
80	(keine Angaben)	"Schlossersehefrau"
81	(" ")	ldw.Gehilfin (b.d.Eltern)
82	(" ")	Näherin
83	(" ")	Hausangestellte
84	Kontoristin (i.Betrieb des Vaters)	Kontoristin (i.Betrieb des Vaters)
85	Handlungsgehilfin	Handlungsgehilfin
86	(keine Angaben)	"Steinbrucharbeitersehefrau"
87	Schneiderin	Schneiderin und Hausfrau
88	(keine Angaben)	(keine Angaben)
94	Heimarbeiterin	Arbeiterin
96	Arbeiterin	Arbeiterin
98	Sprechstundenhilfe	ohne Beruf
100	-	(Schülerin)

Tab. 19: Berufsangaben der weiblichen Schizophrenen der Jahre 1940-51, die bereits ein- oder mehrmals stationär psychiatrisch behandelt worden sind

Fall-Nr.	Beruf nach Schulzeit bzw. Ausbildung	Beruf vor Ausbruch der Krankheit	Beruf vor dem gegenwärt.stat.Aufenthalt
76	(keine Angaben)	(keine Angaben)	ldw.Gehilfin
77	-	-	(Berufsschülerin)
78	Sekretärin	Sekretärin und "Brauereibesitzerin"	(keine Angaben)
89	Verkäuferin	Hausfrau	Hausfrau
90	-	(Studentin)	(Studentin)
91	ldw.Gehilfin	ldw.Gehilfin	ldw.Gehilfin
92	(keine Angaben)	Hausfrau	"Verw.-Angestellten- ehefrau"
93	Arbeiterin	(keine Angaben)	(keine Angaben)
95	Hausgehilfin	Hausfrau	Hausfrau
97	Zahnarzt-Sprech- stundenhilfe	Haushaltsgehilfin	Haushaltsgehilfin
99	Verkäuferin	Verkäuferin	ohne Beruf

Insgesamt ergeben diese Aufstellungen noch weniger Aufschlüsse als die entsprechenden Angaben über die schizophrenen männlichen Patienten. In der Regel finden wir einfache Berufe, wobei wahrscheinlich eine Ausbildung fehlt. Hingegen scheinen die lückenhaften Informationen auf die Beibehaltung des Berufes auch für

die Zeit nach der Erstmanifestation zu deuten. Dies ist umso verständlicher, als Berufe wie z.B. "landwirtschaftliche Gehilfin" oder "Haushaltsgehilfin" auch bei gewissen Defektzuständen noch beibehalten werden können. In 4 Krankengeschichten wurde der bisherige Berufsweg geschildert, in mindestens 7 Fällen (76,83,86,90,92,96,97) kam es früher oder später zur Aufnahme in eine Heil- und Pflegeanstalt, in mindestens 2 Fällen (78,87) in eine andere Nervenklinik und für mindestens 3 Patienten (81,82,96) ergab sich in späteren Jahren (1956,1952, 1949) eine Prüfung der Frage der Berentung. Inwieweit eine Invalidenrente gewährt wurde, bleibt allerdings ungewiß. 2 Notizen erscheinen erwähnenswert: Im Briefwechsel mit dem Studentenwerk einer deutschen Universität rät der Klinikarzt zum Abbruch des Studiums (Veterinärmedizin) der Patientin(90). Eine Fortsetzung der Studien sei nicht zweckmäßig, da "kaum wohl noch längere krankheitsfreie Zeiten zu erwarten seien". Die schizophrene Patientin hatte zu Hause kurze Zeit vorher einen Rückschlag nach 2 stationären Behandlungen erlitten. - Eine weitere schizophrene Patientin (85) wurde 1944 im Alter von 19 Jahren in der Universitäts-Nervenklinik Erlangen behandelt. Bei der Entlassung wurde ein "wesentlich gebesserter Zustand" festgestellt. 23 Jahre später erfahren wir aus der Anfrage der Ärzte eines thüringischen Bezirkskrankenhauses, daß die Patientin sich derzeit wegen eines "Vergiftungswahnes" in stationärer Behandlung befinde. Sie sei seit 1944 psychisch unauffällig gewesen und habe eine verantwortungsvolle Stellung als Sachbearbeiterin innegehabt. Diese gelungene berufliche Wiedereingliederung nach der 23 Jahre zurückliegenden Erstmanifestation zeigt einmal mehr, wie sehr Bemühungen um die Rückführung in den Beruf sinnvoll sein können.

Eine weniger lückenhafte Übersicht ergibt sich aus den Berufsangaben der Krankenblätter von 25 zyklotyphen männlichen Patienten, die ebenfalls während der Jahre 1940-51 ein- oder mehrmals in der Universitäts-Nervenklinik Erlangen behandelt worden waren.

Tab. 20: Berufsangaben der männlichen Zykllothymen der Jahre 1940-51, die zum ersten Mal stationär psychiatrisch behandelt wurden

Fall-Nr.	Beruf nach Schulzeit bzw. Ausbildung	Beruf vor Ausbruch der Krankheit
151	Landwirt	Landwirt
152	Hilfsarbeiter	Weichensteller
155	Zimmermann	Zimmermann
159	(keine Angaben)	kfm. Angestellter
160	Landwirt	Landwirt
161	(keine Angaben)	Schlosser
163	Gärtner	Lok-Heizer
167	(Keine Angaben)	Kraftwagenführer
168	(keine Angaben)	Reichsbahninspektor
171	(keine Angaben)	arbeitslos, Rentner
173	Buchhalter	Kanzleiassistent

Tab. 21: Berufsangaben der männlichen Zykllothymen der Jahre 1940-51, die bereits ein- oder mehrmals stationär psychiatrisch behandelt worden sind

Fall-Nr.	Beruf nach Schulzeit bzw. Ausbildung	Beruf vor Ausbruch der Krankheit	Beruf vor dem gegenwärt. stat. Aufenthalt
153	(keine Angaben)	Postschaffner	(im Ruhestand)
154	kfm. Angestellter	kfm. Lehrling	(" ")
156	(keine Angaben)	(i. Kriegsgefangenschaft)	Landwirt u. Ofensetzer
157	Landwirt, Postagent	Landwirt, Kohlenhändler	Landwirt
158	(keine Angaben)	Maurer	Maurer
162	(Gelegenh.-)Arbeiter	Steinmetz	Steinmetz
164	Bauhilfsarbeiter	Bauhilfsarbeiter	Bauhilfsarbeiter
165	Landwirt	(Schüler)	Landwirt
166	kfm. Angestellter	kfm. Angestellter	kfm. Angestellter
169	Landwirt	Landwirt	Landwirt
170	Fabrikweber	Fabrikweber	(keine Angaben)
172	Richter	Richter	Richter
174	(keine Angaben)	Zimmerer u. Landwirt	Zimmerer u. Landwirt
175	(" ")	Zimmermann	Zimmermann

Beim Vergleich mit der Gruppe der schizophrenen Probanden fällt auf, daß einige der zykllothymen Patienten auch Berufsgruppen angehören, denen gewöhnlich ein größeres Maß an Sozialprestige zukommt. Diese Feststellung dürfte kaum überraschen, steht sie doch im Einklang mit

der Beobachtung zahlreicher Autoren, die eine unterschiedliche Verteilung von Schizophrenien und Zykllothymien in den verschiedenen sozialen Schichten fanden. HAASE (1972) berichtet sogar, daß gehobene Berufe bis zu Spitzenpositionen eindeutig am häufigsten unter Zykllothymen vertreten sind. Wenn auch in manchen Krankengeschichten Beeinträchtigungen der beruflichen Tätigkeit oft gleichsam als die ersten Symptome der Erkrankung geschildert werden ("mit der Arbeit nicht mehr zurechtgekommen, Nachlassen jeglicher Initiative, im Bett liegengeblieben"; "macht die Arbeit nicht so genau und zuverlässig wie früher"; "kann seit 5 Wochen nicht mehr zur Arbeit gehen, nehme sich alle Mühe, aber es ginge nicht"), zeigt Tabelle 21, daß nach Ausbruch der Krankheit kein Berufswechsel stattfand. Hingegen kam es verschiedentlich zu Berentungen: ein Patient (153) mit einer "paranoid gefärbten, atypischen Depression", der zum ersten Mal im Alter von 40 Jahren an einer Mischpsychose erkrankt war, konnte bis zu seinem 53. Lebensjahr als Postschaffner, zuletzt als Hausmeister eines Postamtes, tätig sein. Erneute Schübe führten dazu, daß "er stets sorgfältig zu behandeln und für anstrengende Dienste nicht zu verwenden sei". (Mitteilung des Vorgesetzten) Nachdem die Postverwaltung von einer anderweitigen Anstellung abgeraten hatte, wurde er in den Ruhestand versetzt. Im Falle eines 60-jährigen Reichsbahninspektors (168) wird die Versetzung in den Ruhestand vom Arzt empfohlen, da der Patient in seinem Beruf nicht tragbar und auch nicht arbeitsfähig sei. 2 weitere Patienten (154,155) erhielten eine Berufsunfähigkeitsrente, die allerdings mit der psychischen Erkrankung nicht in Zusammenhang stand. Zu erwähnen ist auch die endogene Depression eines 59-jährigen Maurers mit anankastischen Zügen. Er galt von jeher als besonders gewissenhaft, ordnungsliebend und gründlich. Durch ständiges Grübeln sei er nun zu jeder Arbeit unfähig; ihn bewege insbesondere eine eventuelle Invalidenrente wegen seines Herz- und Nervenleidens, wobei er sich frage, ob er sie auch verdiene. Er hatte bereits vorher schriftlich auf eine zuerkannte Altersrente verzichtet. Ähnliche, wenn auch weniger ausgeprägte Züge fanden sich aber auch bei anderen zykllothymen Probanden, die zum Teil

heftig auf eine Entlassung drängten, um wieder rasch an den Arbeitsplatz zurückkehren zu können. Daß eine rasche Wiederaufnahme der Arbeit im Anschluß an die Klinikbehandlung durchaus empfehlenswert sein kann, wird aus einem Vermerk im Krankenblatt eines 48-jährigen kaufmännischen Angestellten deutlich: "Als beste Behandlungsmaßnahme erscheint zur Zeit eine intensive Beschäftigung in seinem Beruf angezeigt." Auf baldige Entlassung drängt auch ein an einer endogenen Depression erkrankter 43-jähriger Richter, der sich Sorgen um seine berufliche Existenz macht.

Infolge einer früheren ersten Phase sei seine Übernahme in das Beamtenverhältnis verzögert worden. Um ihm eine Arbeitserleichterung zu gewähren, wurde er an seinen Wohnort versetzt, allerdings in eine Abteilung, für die ihm die Erfahrung fehlte. Er trat diesen Dienst nicht an. Auf flehentliches Zureden seiner Ehefrau sei er zwar noch zum Gerichtsgebäude gegangen, habe aber nicht den Mut aufgebracht hineinzugehen. Der Arztbrief an den Vorgesetzten gibt an, daß der Patient weiterhin erwerbsfähig sei. Man solle ihn aber vielleicht länger auf einer Stelle behalten, damit er sich hierin einarbeiten, und das eben wiedergewonnene Selbstvertrauen nicht durch eine allzu große dienstliche Belastung wieder erschüttert würde.

Die folgenden Aufstellungen zur beruflichen Situation von 25 zyklotyphen weiblichen Patienten, die während der Zeit von 1940 - 51 stationär behandelt wurden, erbringen zwar kaum bemerkenswerte Hinweise, doch soll aus Gründen der Vollständigkeit auch auf sie nicht verzichtet werden.

Tab. 22: Berufsangaben der weiblichen Zyklotyphen der Jahre 1940-51, die zum ersten Mal stationär psychiatrisch behandelt wurden

Fall-Nr.	Beruf nach Schulzeit bzw. Ausbildung	Beruf vor Ausbruch der Krankheit
180	Verkäuferin	Verkäuferin u. Hausfrau
181	(keine Angaben)	"Gärtnersehefrau"
182	Haushaltsgehilfin	"Platzmeistersehefrau"
183	(keine Angaben)	"Lederarbeitersehefrau"
189	Haushaltsgehilfin	ohne Beruf
199	ldw. Arbeiterin	"Landwirtsehefrau"
200	(keine Angaben)	Angestellte

Tab. 23: Berufsangaben der weiblichen Zykllothymen der Jahre 1940-51, die bereits ein- oder mehrmals stationär psychiatrisch behandelt wurden

Fall-Nr.	Beruf nach Schulzeit bzw. Ausbildung	Beruf vor Ausbruch der Krankheit	Beruf vor dem gegenwärt. stat. Aufenthalt
176	(keine Angaben)	Hausfrau	"Maurers-u. Landwirts-ehefrau"
177	(" ")	(Studentin)	(Studentin)
178	Kontoristin	Kontoristin	Kontoristin
179	Verkäuferin	Hausfrau	Angestellte
184	(keine Angaben)	ohne Beruf	(keine Angaben)
185	ldw. Magd	ldw. Magd	(Rentnerin)
186	(keine Angaben)	(keine Angaben)	"Schlossersehefrau"
187	(" ")	Hausfrau	"Oberfeldwebelsehefrau"
188	(" ")	Schneiderin	Schneiderin
190	Verkäuferin	Serviererin	ohne Beruf
191	(keine Angaben)	Bäuerin	Bäuerin
193	(" ")	Hausfrau	"Werkmeistersehefrau"
194	ldw. Arbeiterin	Hausfrau u. Landwirtin	Hausfrau u. Landwirtin "Schreinermeister-ehefrau"
195	(keine Angaben)	(keine Angaben)	"Angestelltenehefrau"
197	(" ")	(" ")	Hausfrau
198	Finanzangestellte	Postbeamtin	(im Ruhestand)
in 2 Fällen (192, 196) keinerlei Angaben			

Bemerkenswert ist hier wohl mehr noch als für die schizophrenen weiblichen Patienten das Fehlen einer Berufsbezeichnung. Statt dessen wird eine auf den Beruf des Ehemanns bezogene Bezeichnung angegeben, die nicht zuletzt den Begriff "Hausfrau" beinhalten soll. Somit wird auch hier deutlich, daß noch vor wenigen Jahrzehnten die Berufsrolle fast ausschließlich dem Ehemann zukam. Insuffizienzgefühle bezüglich ihrer Tätigkeit als erste Symptome einer Zykllothymie scheinen bei Hausfrauen aber ebenso häufig aufzutreten wie bei berufstätigen Frauen. Bemerkungen wie "keine Freude mehr am Leben, wollte gerne arbeiten, konnte aber nicht", "Hausarbeiten nicht zustande gebracht", bildet sich seit einigen Wochen ein, mit der Arbeit nicht fertig zu werden", "seit 3 Monaten so gut wie nichts mehr gearbeitet" fanden sich in den Krankenblättern des öfteren. Soweit weibliche Patienten erwerbstätig waren, lag bei einer Postbeamtin (198) eine Erwerbsunfähigkeit infolge der psychischen Erkrankung vor. Sie war im Alter von 42 Jahren pensioniert worden. Ferner war eine ehemalige landwirtschaftliche Magd (185) im Alter von 60 Jahren berentet

worden. 2 Patienten (190,184) hatten einige Monate vorher ihre Kündigung eingereicht: in dem einen Fall ist uns als Grund bekannt, daß sie ihren Leistungen als Serviererin in einem Café nicht mehr nachgekommen sei. Hervorzuheben ist letztlich auch ein nicht alltäglicher, aber vielleicht dennoch charakteristischer Bericht aus der Anamnese einer 41-jährigen Patientin (194):

"Sie sei vor 2 Monaten (im August 1948) nach Altötting gefahren, um sich wieder Trost bei dem geistlichen Herrn zu holen, der ihr das erste Mal so gut geholfen hatte. Dieser tröstete sie auch, erklärte ihr auch, daß sie sich in keiner Weise schuldig mache und daß er für sie alle Verantwortung zu tragen bereit sei. Trotz des geistlichen Zuspruchs habe sich der Zustand aber nicht gebessert und die Patientin begann nun, sich sogleich Sorgen zu machen, sie habe das Fahrgeld für Altötting umsonst hinausgeworfen und dadurch die Familie geschädigt. Sie habe ihre Kinder vernachlässigt und komme deshalb in die Hölle. Jedem Zuspruch gegenüber ist sie uneinsichtig."

Wie wir am Ende des Krankenberichtes erfahren, drängt sie nach 4-wöchiger stationärer Behandlung wegen der häuslichen Arbeit nach Hause.

4.7.2 Angaben zu Beruf und Erwerbsfähigkeit der schizophrenen und zykllothymen Patienten in den Krankenblättern des Jahres 1972

Aus den Berufsangaben der 25 schizophrenen männlichen Patienten des Jahres 1972 erhält man folgende Aufstellung:

Tab. 24: Berufsangaben der männlichen Schizophrenen des Jahres 1972, die zum ersten Mal stationär psychiatrisch behandelt wurden

Fall-Nr.	Beruf nach Schulzeit bzw. Ausbildung	Beruf vor Ausbruch der Krankheit
9	KFZ-Mechaniker	Fernfahrer
12	-	Gärtnerlehrling
13	ldw.Arbeiter (auf elterl.Hof)	Arbeiter
15	Elektriker	Elektriker
17	Bauarbeiter	Hilfsarbeiter
21	Hilfsarbeiter	Steinschleifer

Tab. 25: Berufsangaben der männlichen Schizophrenen des Jahres 1972, die bereits ein- oder mehrmals stationär psychiatrisch behandelt worden sind

Fall-Nr.	Beruf nach Schulzeit bzw. Ausbildung	Beruf vor Ausbruch der Krankheit	Beruf vor dem gegenwärt. stat. Aufenthalt
1	kfm. Angestellter	Exportkaufmann	Exportkaufmann
2	-	(cand. ing.)	(cand. ing.)
3	ldw. Praktikant Gärtnergehilfe	ldw. Praktikant	(Student)
4	Verkäufer	(Schüler)	ohne Beruf
5	kfm. Kalkulator	kfm. Kalkulator	kfm. Kalkulator
6	Färber	Färber	Färber
7	Gärtner	(Student)	(Rentner)
8	Hilfspförtner	Angestellter	Arbeiter
10	Gymnasiallehrer	(Student)	(im Ruhestand)
14	Schornsteinfeger	Schornsteinfegermeister	Schornsteinfegermeister
16	-	(Student)	Arbeiter i. Beschütz. Werkstatt
18	Gerichtsassessor	(Schüler)	(im Ruhestand)
19	Gärtner	Lagerarbeiter	(ohne Beruf, Sozialhilfeempfänger)
20	(keine Angaben)	Zuchtwart	Zeitungsaussträger
22	Bergmann	(Lehrling i. Brauerei)	Bergmann
23	Arbeiter	Transportarbeiter	(ohne Tätigkeit)
24	Dreher	Dreher	(Rentner)
25	ldw. Gehilfe	ldw. Gehilfe	Angestellter

Schon der Umfang von Tabelle 25 veranschaulicht im Vergleich zu Tab. 24 die Rolle der heutigen "Drehtürpsychiatrie". Ein Vergleich mit der Berufstabelle der schizophrenen männlichen Patienten aus den Jahren 1940 - 51 ist allerdings nicht möglich, da in Tab. 17 etliche wichtige Angaben fehlen. Zum anderen wurden durch die Methode unserer Erhebung Patienten, die häufig stationär behandelt wurden, bevorzugt zu Probanden. Somit ergibt Tab. 25, daß 7 ehemals berufstätige Probanden keinerlei Erwerbstätigkeit vor ihrer Hospitalisierung im Jahre 1972 ausübten. Eine weitere Aufschlüsselung hierüber ergibt Tab. 26. Von den verbleibenden 12 Patienten hatte sich seit der Erstmanifestation der Psychose in 3 Fällen ein deutlicher beruflicher und wohl auch sozialer Abstieg ergeben. Hingegen konnten 9 Patienten weiterhin ihren Beruf ausüben oder mußten zunächst keinen beruflichen Abstieg erleiden.

Bezüglich des versicherungsrechtlichen Status bei der Aufnahme in die Klinik ergab sich folgendes Bild:

Tab. 26: Versicherungsrechtlicher Status der männlichen Schizophrenen des Jahres 1972 bei der Aufnahme in die Klinik

lediglich arbeitsunfähig krankgeschrieben	9
Berufsunfähigkeit bei vorzeit. Ruhestand infolge psychischer Erkrankung	1
Erwerbsunfähigkeit bei vorzeit. Ruhestand infolge psychischer Erkrankung	3
Berufsunfähigkeit aus anderen Gründen	-
Erwerbsunfähigkeit aus anderen Gründen	-
Erwerbsunfähigkeit infolge psych. Erkrankung und infolge eines körperlichen Leidens	1
arbeitslos nach Kündigung durch den Arbeitgeber	2
arbeitslos nach Kündigung auf eig. Betreiben hin	2
krankgeschrieben, arbeitslos nach Kündigung auf eig. Betreiben hin	1
bisher noch in keinem Arbeitsverhältnis gestanden	2
keine Angaben zu erhalten	4
Summe:	25

Im folgenden mögen kurze Schilderungen den Berufsweg und die berufliche Situation einiger Probanden veranschaulichen. Die Beschreibungen beruflichen Schicksals folgen den Angaben in den Krankenblättern sowie unserer katamnästischen Berufsumfrage. Wie bereits erwähnt wurde, erreichten uns von insgesamt 40 angeschriebenen Patienten 26 Antwortbriefe. Zu unserer Frage hinsichtlich des beruflichen Schicksals seit 1972 erhielten wir zum Teil sehr ausführliche Angaben.

Zunächst seien ausschließlich solche Patienten aufgeführt, die bei der stationären Aufnahme 1972 lediglich krankgeschrieben oder - wie in einem Fall - beruflich selbständig waren.

S.A. (6), 1921 geboren, verheiratet, besuchte nach 5 Jahren Grundschule und 3 Jahren Hauptschule 2 Jahre lang die Berufsschule. Nach der Lehrzeit als Textilfärber übte er diesen Beruf über 20 Jahre aus und erkrankte im Alter von 47 Jahren erstmals an einer paranoiden Schizophrenie. Es folgte eine ambulante Behandlung, die Halluzinationen verschwanden, kamen aber nach einem halben

Jahr wieder. Der erneuten ambulanten Behandlung mit Limbatriol und Melleril retard durch Haus- und Nervenarzt folgte 1972 eine 8-wöchige stationäre Behandlung. Nach der Entlassung in "befriedigend gebessertem Zustand" blieb der Proband nach 4 Monate im Krankenstand und nahm dann die Arbeit beim gleichen Arbeitgeber wieder auf. Seitdem ist er allerdings nicht mehr in der Färberei, sondern in der Wäscherei der Firma tätig. Er gibt an, daß Arbeitsplatz und Betriebsklima in der neuen Abteilung besser seien. Zudem sei ihm ein Arbeitsplatzwechsel auch empfohlen worden.

S.B. (11), geboren 1946, ledig, Diagnose: chronische Schizophrenie. Nach 8-jährigem Volksschulbesuch und 4-jähriger Lehrzeit als Werkzeugmacher in der Firma seines Cousins sowie anschließender Gesellenprüfung war er 1 Jahr in Kanada, wo er nach seiner Aussage einen Nervenzusammenbruch erlitt und hierauf 4 Wochen lang in psychiatrischer Behandlung stand. Nach seiner Rückkehr war er wieder bei der gleichen Firma tätig, wurde dann zunehmend zurückgezogener und schließlich von 1968 - 71 dreimal stationär behandelt. In diesem Zeitraum arbeitete er weiterhin als Stahlformenbauer, wechselte allerdings mehrmals die Firma und mußte infolge starker motorischer Unruhe 1972 erneut für 7 Wochen in die psychiatrische Abteilung eingewiesen werden. Ein weiterer Aufenthalt in einer Nervenklinik folgte 1 Jahr später. Der Proband steht derzeit wieder in Arbeit, schreibt uns aber hierzu: "Wie lange ich aushalte ist eine Frage."

S.C. (12), geboren 1953, ledig, zeigte nach dem Besuch von Sonder- und Volksschule sowie Absolvierung einer 2 1/2-jährigen Gärtnerlehre mit 18 Jahren Symptome einer Katatonie. Eine 4-wöchige stationäre Behandlung erbrachte trotz Therapie mit hochdosierten Neuroleptika keine nennenswerte Besserung, weitere Aufenthalte in einer anderen Nervenklinik schlossen sich an. Schließlich nahm er im Alter von 20 Jahren einen Arbeitsversuch auf, der jedoch scheiterte, da er der Arbeit als Gärtner nicht mehr gewachsen war. Er bewarb sich mehrmals um leichte Arbeit, wurde aber wegen der psychischen Krankheit immer wieder abgewiesen. Seit der letzten stationären Behandlung erhält er in Abständen von 2 Wochen 1 Amp. Fluanxol-Depot injiziert, kann aber wegen einer Tachykardie von 100 Pulsschlägen in der Minute keine schwere Arbeit aufnehmen. Er sei seitdem "80% erwerbsgemindert", helfe aber seiner Mutter im Haushalt. Wie er uns mitteilt, gehe es ihm in psychischer Hinsicht ganz gut, er höre nur selten einmal Stimmen, doch leide er unter Fettleibigkeit, die nach seiner Meinung von der Dauermedikation und dem vielen Schlafen herrühre.

S.D. (13), geboren 1940, verheiratet, katatone Schizophrenie; er war von Kindheit an auf dem elterlichen Hof beschäftigt, absolvierte die Landwirtschaftsschule, nahm mit 29 Jahren eine Stelle als Baggerfahrer, mit 30 Jahren als Verkaufsfahrer und

schließlich ein Jahr später als Fabrikarbeiter in einem Spanplattenwerk an. Dort konnte er bis zum Ausbruch seiner Krankheit nur wenige Monate tätig sein. Nach 10-wöchigem Klinikaufenthalt mit nahezu vollständiger Remission war er noch 3 Wochen krankgeschrieben und kehrte schließlich an seinen Arbeitsplatz wieder zurück. Seither hat er seine Tätigkeit nicht mehr unterbrechen müssen. Mit seinem Gesundheitszustand ist er zufrieden, nimmt aber noch Orap forte ein, was ihn oft müde und interesselos mache.

S.E. (14), geboren 1926, verheiratet, paranoide Schizophrenie, besuchte Volks- und Berufsschule und legte als Schornsteinfeger zunächst die Gesellenprüfung, mit 24 Jahren dann die Meisterprüfung ab, der die Bestallung zum Bezirksschornsteinfeger-Meister folgte. Seit 1961 leitet er einen eigenen Betrieb mit einem Gesellen und einem Lehrling. Im Alter von 43 Jahren erkrankte er an einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie, befand sich zunächst 2 Jahre lang in ambulanter und schließlich für 6 Wochen in stationärer psychiatrischer Behandlung. Nachdem er mit halluzinatorischer Symptomatik und vegetativen Beschwerden eingewiesen worden war, klang die Wahnsymptomatik ganz allmählich ab, gegen Ende wirkte er auffällig verschlossen. Berufliche Gründe drängten ihn zur Entlassung. Über die nachfolgende Zeit teilte er uns mit: "Nachdem ich selbständiger Bez.-schornsteinfegermeister bin und weitgehend freie Arbeitszeiteinteilung habe, habe ich das Tief meiner Krankheit relativ gut überstanden. Ich arbeitete zunächst nur das Nötigste (stundenweise) und meine Frau erledigte die Schreibarbeiten, während mein Sohn, welcher im Betrieb tätig war, die beruflichen Belange weitgehend absicherte. Nach ein paar Monaten nahm ich meine Berufstätigkeit voll wieder auf. Das Medikament - Orap forte - nehme ich heute noch (1/2 Tablette täglich wie zuletzt besprochen), Depressionen treten hin und wieder in leichter Form auf, sobald ich die Tabletten einige Zeit nicht nehme. Sonst bin ich zufrieden."

S.F. (15), geboren 1947, ledig, paranoide Schizophrenie, ergriff nach Volks- und Berufsschulzeit das Elektrikerhandwerk. Im März 1972 wurde er plötzlich nervös und innerlich unruhig und mußte in dieser Zeit mehrfach die Arbeit unterbrechen. Wenige Wochen später wurde er wegen einer paranoiden Schizophrenie in die Universitäts-Nervenklinik Erlangen eingewiesen und nach 6 Wochen in ausreichend gebesserter Zustand entlassen. Er konnte hernach seine Arbeit beim gleichen Arbeitgeber wiederaufnehmen.

S.G. (19), geboren 1926, verheiratet, paranoide Schizophrenie, absolvierte die Ausbildung eines Gärtners, bevor er mit 17 Jahren noch Kriegsdienst leisten mußte und anschließend in Kriegsgefangenschaft geriet. Später war er als Lagerarbeiter oder Beifahrer tätig. Im Alter von 44 Jahren hörte er erstmals Stimmen; wegen 2 Operationen wurde er ein Jahr später arbeitsunfähig krankgeschrieben und lebte anschließend von der Unterstützung der Sozialhilfe. Ein Rentenantrag wurde zunächst abgelehnt. Nach einer Reise im September 1972 litt er erneut unter akustischen Halluzinationen

und kam anschließend in stationäre psychiatrische Behandlung. Hernach blieb er weiterhin arbeitsunfähig krankgeschrieben, bis ihm nach einem Jahr eine Erwerbsunfähigkeitsrente zuerkannt wurde. Er klagt über Kreislaufstörungen, leichte Schwindelfälle, ist zudem Diabetiker.

S.H. (21), geboren 1928, ledig, Schizophrenie, Deblität, besuchte die Volksschule und wurde anschließend Hilfsarbeiter in einem Steinbruch. Mit 43 Jahren wurde er psychisch auffällig und endogen verstimmt, zeigte Wahnsymptome und war an seinem Arbeitsplatz als Steinschleifer nicht mehr brauchbar. Nach 7-wöchigem stationären Klinikaufenthalt unter einer Therapie mit Decentan und Orap und der Entlassung aus dem bisherigen Arbeitsverhältnis war er wiederum als Hilfsarbeiter tätig. Seine Tätigkeit wurde später noch einmal durch eine weitere stationäre Behandlung unterbrochen. Sein Bruder gibt an, daß sich der Zustand des Probanden zusehends verschlechterte. Er stünde ständig unter ärztlicher Aufsicht.

Nachdem jeder der genannten Patienten zunächst lediglich arbeitsunfähig krankgeschrieben war, somit also vor dem stationären Aufenthalt von 1972 eine Erwerbstätigkeit ausübte, veranschaulichen die zitierten Fälle, wie unterschiedlich sich eine Schizophrenie auf die berufliche Situation auswirken kann. Entweder konnte letztlich die Arbeit wiederaufgenommen werden, sei es mit oder ohne einen Wechsel des Arbeitsplatzes, mit oder ohne Weiterführung der neuroleptischen Medikation, mit oder ohne Mühe bei der Ausübung der Tätigkeit. Oder eine Erwerbsfähigkeit blieb am Ende versagt, so daß eine Berentung in Frage kam. Die verhältnismäßig günstige Situation bei beruflich Selbständigen macht Fall 14 deutlich. Durch eine freie Arbeitszeiteinteilung sowie die Übernahme von Tätigkeiten durch Familienangehörige findet sich der Patient nach und nach wieder gut in seinen Beruf ein.

S.I. (20), geboren 1930, verheiratet, periodische Katatonie, besuchte nach der Volksschule eine Landwirtschaftsschule und ließ sich zu einem Zuchtwart ausbilden. Im Alter von 28 Jahren wurde er erstmals psychisch krank und sodann zunächst 4 Monate stationär behandelt. Wenige Monate später erhielt er das Kündigungsschreiben; seit dieser Zeit bezieht er eine Berufsunfähigkeitsrente. In den folgenden 10 Jahren mußte er seitdem insgesamt sechsmal (jeweils für mehrere Wochen) stationär behandelt werden. In der Zeit zwischen Klinikaufenthalten war er als Kassierer oder auch Zeitungsausträger tätig, ferner arbeitete er im eigenen Haus und Garten. Am Ende seiner letzten Behandlung hatte er neben neuroleptischen Medikamenten auch eine Serie von 5 Elektrokrämpfen erhalten, womit sein katatoner Stupor durchbrochen werden konnte.

S.K. (24), geboren 1939, verheiratet, Schizophrenia simplex. Der gelernte Dreher kam 1957 aus der DDR in die Bundesrepublik und wechselte jeweils nach 3 Jahren, dann nach 8 Wochen und schließlich wieder nach 2 1/2 Jahren die Stellung. Nachdem ihm wegen häufiger Abwesenheit vom Arbeitsplatz besonders nach Wochenenden, an denen er viel getrunken hatte, vom Arbeitgeber gekündigt worden war, war er nochmals bei 3 Firmen tätig. Während dieser Zeit traten bereits die ersten Anzeichen einer Schizophrenia simplex auf, schließlich wurde er 1969 zum ersten Mal zur stationären Behandlung eingewiesen und in 2 Nervenkliniken insgesamt 6 Monate lang behandelt. Eine Kontaktaufnahme mit dem Arbeitsamt führte zu keinem Ergebnis. Er bezieht nunmehr eine Erwerbsunfähigkeitsrente (720 DM netto incl. Kindergeld), wurde 1972 nochmals 4 Monate lang psychiatrisch behandelt und entlastet seitdem seine Frau bei der Arbeit im Haushalt.

S.L.(18), geboren 1910, verheiratet, paranoide Schizophrenie, absolvierte Abitur und juristisches Staatsexamen, war bereits mit 16 Jahren erstmals in stationärer psychiatrischer Behandlung, später im Alter von jeweils 28, 46, 49 und 54 Jahren. Er wurde Gerichtsassessor, führte nach dem Krieg Gelegenheitsarbeiten aus, war längere Zeit arbeitslos und stand von 1950 - 64 als Assessor für Patentrecht im Angestelltenverhältnis. Als er 1964 wieder erkrankte, wurde er unter einer Behandlung mit 3 Elektrokrämpfen "greisenhaft". Seit Januar bezieht er eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit und war seitdem 1972 ein weiteres Mal in stationärer Behandlung, diesmal in der Universitäts-Nervenklinik Erlangen. Eine Therapie mit Orip und Lyogen brachte eine allmähliche Besserung und weitgehende objektive Auflösung der paranoiden Inhalte.

Sofern eine Berentung erwogen und gewährt wird, bedingt in der Regel das Vorliegen einer Berufsunfähigkeit, daß der Patient weiterhin aktiv bleibt und sich einen Nebenerwerb sucht (Fall 20). Hingegen verändert eine Erwerbsunfähigkeitsrente das Leben des Kranken meist völlig; die Verurteilung des Schizophrenen zu weitgehender Passivität im Alltag sollte demnach nur dann erfolgen, wenn alle Möglichkeiten zur beruflichen Wiedereingliederung ausgeschöpft sind. Doch stellt die Rente gegenwärtig und auch wohl für die absehbare Zukunft für manche Kranke die ultima ratio dar, so sehr diese Tatsache zu bedauern ist.

S.M. (1), geboren 1937, ledig, paranoide Schizophrenie, wurde in England geboren und kam im Alter von 20 Jahren nach Deutschland. Hier gelang ihm in wenigen Jahren der Aufstieg vom kfm. Angestellten zum Abteilungsleiter. In dieser Zeit traten bereits die ersten Symptome einer paranoiden Schizophrenie auf, zunächst wurde er ambulant, 3 Jahre später stationär behandelt. Da die Krankheit und die stationäre Behandlung noch in die Probezeit gefallen waren,

wurde ihm die Stelle gekündigt. Anschließend verbrachte er ein Jahr bei seinen Eltern in England, bevor er wieder 3 Jahre in Deutschland arbeitete. Da seine Firma in Konkurs ging, verlor er von neuem seine Stellung und blieb wiederum 1 Jahr in England. Im Oktober 1969 trat er eine neue Stelle als Exportkaufmann an. Ein halbes Jahr später wurde er erstmals in Erlangen stationär behandelt. Die Klinik gab die Empfehlung, einen beruflichen Wiedereingliederungsversuch auf jeden Fall zu unternehmen. Er konnte weiterhin im gleichen Betrieb arbeiten, verrichtete aber Dolmetscherarbeiten. 1972 kam es zu neuen Halluzinationen, die zur Einweisung in die Klinik führten. Während des stationären Aufenthaltes konnte er sich einen neuen Arbeitsplatz verschaffen; nach einer Therapie mit Haloperidol wurde er in befriedigendem Zustand entlassen. Ein Jahr später folgte die bislang letzte Einweisung in die Nervenklinik, wo er diesmal 9 Wochen behandelt wurde. Wegen beruflicher Schwierigkeiten bei einer Speditionsfirma war ihm eine Woche zuvor gekündigt worden.

S.N. (9), geboren 1947, ledig, paranoide Schizophrenie, absolvierte nach dem Besuch der Volksschule eine KFZ-Mechanikerlehre und übte anschließend seinen Beruf in einem Großbetrieb aus. Aus Gründen, die uns unbekannt blieben, wechselte er im Alter von 23 Jahren seinen Beruf. Nunmehr war er als Fernfahrer tätig, bis er 1 1/2 Jahre später allmählich "mehr und mehr matt sowie nervös wurde" und sich beobachtet fühlte. 5 Wochen später wurde ihm wegen "Arbeitsmangels" gekündigt. Es folgte binnen 2 Wochen die Einweisung in die Universitäts-Nervenklinik, wo während eines 10-wöchigen Aufenthaltes unter hochdosierten Neuroleptika ein allmähliches Abklingen der Symptomatik beobachtet wurde, und er schließlich in befriedigendem Zustand entlassen wurde. Es war uns leider nicht möglich, Angaben über die folgende Zeit zu erhalten.

S.O. (4), geboren 1948, ledig, schizophrener Defektzustand, litt unter dem chronischen Beginn einer Schizophrenie bereits im Schulalter. Er konnte seine Lehre als Verkäufer nicht abschließen und arbeitete in einem Textilgeschäft, wo er nach 2 Jahren entlassen wurde: "Er war nicht mehr zu gebrauchen, weil er die Dinge zu oft angefaßt und wieder hingelegt habe". Es folgte eine 3-monatige psychiatrische Behandlung. Bevor er 1972 in die Universitäts-Nervenklinik Erlangen eingewiesen wurde, war er bereits 3 Jahre lang ohne berufliche Beschäftigung gewesen. Eine 4-monatige Behandlung mit Decantan, Lyogen und Orap führte zu einer guten Besserung. Wie uns die Familie mitteilte, wurde er ein halbes Jahr später erneut in einer Nervenklinik behandelt, wo er sich zum Zeitpunkt der Nachricht bereits über 8 Wochen aufhielt. Er sei noch 100% arbeitsunfähig, seine Krankheit nach wie vor wechselhaft.

... (17), geboren 1914, verheiratet, paranoide Schizophrenie, absolvierte die Grundschule in Ungarn und arbeitete später ohne Abschluss eine Lehre als Bauarbeiter, seit dem 41. Lebensjahr an verschiedenen Arbeitsplätzen, bis er 56-jährig mit seinen Arbeitskollegen häufig in Streit geriet. 1 Jahr später kündigte er seinen Arbeitsplatz selbst, bevor er wegen einer paranoiden Schizophrenie 5 Tage später in die Universitäts-Nervenklinik Erlangen eingewiesen wurde. Nach seiner Behandlung mit Haloperidol, Decantan und zuletzt Orap wurde er 7 Wochen später in ausreichend gebesserterem Zustand entlassen. Wie er uns mitteilte, nahm er nach der Entlassung aus der Klinik seine Tätigkeit als Hilfsarbeiter bei der gleichen Firma wieder auf. Wegen seines Schwachsinnens sei ihm aber schon mehrmals eine Kündigung angedroht worden.

Die Kündigung als Reaktion auf die verminderte Anpassungsfähigkeit im Berufsleben kann entweder vom Kranken selbst, der sich plötzlich unverstanden und überfordert fühlt, ausgesprochen werden oder aber durch den Arbeitgeber erfolgen, der von dem Kranken als Arbeitskraft nichts mehr zu erwarten hat. Es liegt nahe, daß insbesondere letzteres das weitere berufliche Schicksal belastet. Man sollte daher den Arbeitgebern nahelegen, in derartigen Fällen zuerst den Kontakt mit Klinik, Arbeitsamt und Familie des Kranken zu suchen, um zu einer gemeinsamen, "nicht-traumatischen" Lösung des Problems zu kommen.

S.R. (23), geboren 1951, ledig, Hebephrenie, wurde bereits verspätet eingeschult und mußte auch einmal die Klasse wiederholen. Er begann eine Bäckerlehre, die er wegen zu großer Unbeholfenheit abbrechen mußte. Er wurde dann ein knappes Jahr lang in der Lehrwerkstatt eines keramischen Betriebes ausgebildet und war anschließend 3 Jahre lang als Arbeiter in verschiedenen Abteilungen tätig. Im März 1970 machten sich erste Anzeichen einer Psychose bemerkbar, er wurde im gleichen Jahr zweimal mehrere Wochen lang behandelt und galt bald als antriebsarm und interesselos. Während er zunächst seine Arbeit nur unterbrochen hatte, konnte er nach dem 2. stationären Aufenthalt nicht mehr im Betrieb bleiben. Er verrichtete nunmehr für 8 Monate leichte Sortierarbeiten in einer Werkstatt für angepaßte Arbeit der Inneren Mission, war wieder 2 Monate im früheren Betrieb als Hilfsarbeiter tätig, bevor er wegen Arbeitsmangels entlassen wurde. Er konnte noch 3 Monate als Fahrstuhlbediener in einer Puppenfabrik arbeiten und blieb dann bis zu einer weiteren stationären Behandlung 4 Monate ohne Arbeitsplatz. Bei der Aufnahme in die Klinik gab er keine besonderen Beschwerden an und zeigte wenig Lust, eine Arbeit anzufangen. Umfangreiche neuroleptische Behandlungsversuche brachten keine nennenswerten Beeinflussung des psychischen Bildes. Er blieb anschließend über ein Jahr lang in einem Bezirkskrankenhaus und ist seit dem 1.1.74 wieder in einer Beschützenden Werkstatt tätig.

S.S. (3), geboren 1939, ledig, chronische Schizophrenie, begann nach dem Abitur zunächst mit dem Studium der Theologie, beendete es aber nach kurzem wieder, um eine entsprechende Lehre vor einem Studium der Landwirtschaft zu absolvieren. Er erkrankte an der Psychose zu Beginn des Praktikums, wurde erstmals als 20-Jähriger stationär behandelt, dann wiederum 1 Jahr später für 4 Monate in Erlangen. Hernach ging es ihm gut, er beendete die Praktikantenzeit und nahm das Theologiestudium wieder auf. 1962 kam er zweimal für kürzere Zeit in die Klinik, zuletzt zur genauen medikamentösen Einstellung, da er sich müde und leistungsunfähig fühlte. 1963 mußte er wiederum 4 Monate lang stationär behandelt werden. Er beendete nun sein Studium nicht mehr, sondern arbeitete als Gärtnergehilfe. 1966 folgten 2 weitere stationäre Aufenthalte. 1968 nahm er wiederum das Studium auf; ab 1970 wurde er alljährlich einmal stationär behandelt, zuletzt ununterbrochen für 6 Monate. Er hatte seine Medikamente nicht mehr eingenommen und wieder Stimmen gehört. Vor dieser letzten Einweisung hatte er sein Examen absolviert, aber nicht bestanden. Nach der Entlassung aus der Klinik schien eine Aufnahme in eine Werkstatt für angepasste Arbeit angezeigt, womit die Eltern aber nicht einverstanden waren. Eine Bewerbung um einen Posten als Gärtner in einem kirchlich geleiteten Heim kam nicht zum Zuge. Die Klinik sagte ihre Hilfe für Rehabilitationsbemühungen zu; inwieweit ein derartiges Programm durchgeführt werden konnte, war allerdings nicht in Erfahrung zu bringen. Gegenwärtig ist er auf Verlangen des Kostenträgers in einem Bezirkskrankenhaus untergebracht. Hinsichtlich seiner beruflichen Situation teilt er uns mit: "Im Moment bekomme ich eine Rente wegen Arbeitsunfähigkeit aufgrund meiner Arbeit in Landwirtschaft und Gartenbau."

Die Rückkehr ins berufliche Leben gelingt zuweilen nicht mehr, der Kranke wechselt Beruf, Stellung oder Studium und versagt schließlich doch. Er bedarf also dringend einer Hilfe, die ihm das Leben erleichtert. Die Beschützenden Werkstätten können z.B. in einem derartigen Fall Arbeitsstelle und Heimstatt für den Kranken sein. Dabei muß es sich keineswegs um eine Endstation im Leben des Schizophrenen handeln. Dies ist allerdings nicht selten der Fall bei der Unterbringung von chronisch Schizophrenen in einem Bezirkskrankenhaus. Mögen Dauerinsassen allein schon durch das Milieu der Station beeinträchtigt sein, so erschwert allein die zunehmende Gewöhnung an den Zustand der Passivität und der Isolation jeglichen erfolgreichen Rehabilitationsversuch.

Die folgenden Tabellen geben die Angaben zur beruflichen Situation der 25 schizophrenen weiblichen Probanden des Jahres 1972 wieder.

Tab. 27: Berufsangaben der weiblichen Schizophrenen des Jahres 1972, die zum ersten Mal stationär psychiatrisch behandelt wurden

Fall-Nr.	Beruf nach Schulzeit bzw. Ausbildung	Beruf vor Ausbruch der Krankheit
26	Weberin	Weberin
27	(keine Angaben)	(Studentin)
28	(" ")	Hausfrau
29	-	(Berufsschülerin)
30	(keine Angaben)	Hausfrau/Rentnerin
31	(" ")	Kontoristin
32	kfm. Angestellte	kfm. Angestellte/Hausfrau
35	Dienstmagd	Hausfrau
38	Bäckereiverkäuferin	kfm. Angestellte
41	Kinokarten-Verkäuferin	Kinokarten-Verkäuferin
42	Hilfsarbeiterin	Arbeiterin
45	Friseurin	Friseurin
48	Bürogehilfin	Hausfrau
49	(keine Angaben)	Putzfrau

Tab. 28: Berufsangaben der weiblichen Schizophrenen des Jahres 1972, die bereits ein- oder mehrmals stationär psychiatrisch behandelt worden sind

Fall-Nr.	Beruf nach Schulzeit bzw. Ausbildung	Beruf vor Ausbruch der Krankheit	Beruf vor dem gegenwärt. stat. Aufenthalt
33	Hausgehilfin	(Schülerin)	Webereiarbeiterin
34	Näherin	Näherin	selbst. Schneiderin/Rentnerin
36	Haus-u. Geschäftsfrau	Haus-u. Geschäftsfrau	Haus-u. Geschäftsfrau
37	Angestellte	Fernschreibersekretärin	(ohne Beruf)
39	(keine Angaben)	Hausfrau	Hausfrau
40	Hausangestellte	Hausfrau	Hausfrau
43	Haushaltsgelhilfin	Dienstmagd	(Rentnerin)
44	Angestellte	(keine Angaben)	Hausfrau
46	(keine Angaben)	ldw. Arbeiterin	ldw. Arbeiterin
47	-	(Schwesternschülerin)	(Schwesternschülerin)
50	Drogistin	Drogistin	Fabrikangestellte

Aus den Tabellen 27 und 28 wird deutlich, daß die schizophrenen weiblichen Probanden - sofern sie erwerbstätig waren - vorwiegend manuelle Arbeiten ausführten. Sicherlich auch wegen dieser Tatsache konnte der Beruf nach der Erstmanifestation meist beibehalten werden. Dennoch ist für einige schizophrene weibliche Patienten ein beruflicher und sozialer Abstieg festzustellen. In einem Fall ist es zu einer Berentung gekommen. Hinsichtlich des versicherungsrechtlichen Status bei der Aufnahme ergibt sich folgendes Bild:

Tab. 29: Versicherungsrechtlicher Status der weiblichen Schizophrenen des Jahres 1972 bei der Aufnahme in die Klinik

lediglich arbeitsunfähig krankgeschrieben	4
Berufsunfähigkeit bei vorzeit.Ruhestand infolge psychischer Erkrankung	-
Erwerbsunfähigkeit bei vorzeit.Ruhestand infolge psychischer Erkrankung	1
Berufsunfähigkeit aus anderen Gründen	-
Erwerbsunfähigkeit aus anderen Gründen	-
arbeitslos nach Kündigung durch den Arbeitgeber	1
arbeitsunfähig krankgeschrieben und arbeitslos nach Kündigung durch den Arbeitgeber	1
arbeitslos nach Kündigung auf eigenes Betreiben hin	1
bisher noch in keinem Arbeitsverhältnis gestanden	2
entfällt, da Hausfrau	9
keine Angaben zu erhalten	6
Summe:	25

Die folgenden kurzen Darstellungen mögen den beruflichen Weg einiger Patientinnen aufzeigen, die mindestens einmal vor ihrer stationären Behandlung erwerbstätig waren.

S.T. (26), geboren 1942, ledig, chronische Schizophrenie, absolvierte 1964 das Abitur, besuchte ein Jahr lang eine Webschule, studierte anschließend 6 Semester lang Kunstgeschichte. Das Studium, das ihr zu theoretisch erschien, gab sie somit vorzeitig auf und lernte in einer Weberei-Manufaktur. Da sie mit den Mitarbeitern Schwierigkeiten hatte und ihr die Arbeit zu mechanisch erschien, wechselte sie ihre Stellung. 1972 kündigte sie wiederum ihren Arbeitsplatz in einem Webstudio und gab hierfür per-

sönliche gesellschafts- und sozialpolitische Gründe an. 14 Tage später erfolgte die Einweisung in die Nervenklinik, nachdem "sie sich psychisch verändert hatte." Nach einem kurzen stationären Aufenthalt mit einer Haloperidol-Therapie verließ sie die Klinik gegen ärztlichen Rat, obwohl ihre Beschwerden noch nicht genügend abgeklungen waren.

S.U. (42), geboren 1953, ledig, Hebephrenie, besuchte 8 Jahre lang die Volksschule, anschließend für 3 Jahre die Berufsschule. Sie arbeitete als ungelernte Kraft in einer Textilfirma, bis sie im Alter von 19 Jahren zunächst wegen depressiver Stimmungslage in einem Bezirkskrankenhaus 5 Wochen lang behandelt wurde. Kurze Zeit später erfolgte wiederum eine Klinikeinweisung, diesmal in die Universitäts-Nervenklinik Erlangen, wo sie nur kurze Zeit blieb. Nach ihrer Entlassung kündigte sie ihren Arbeitsplatz, da sie "mit den Arbeitskollegen nicht mehr auskam". Sie arbeitete bis zur Kündigung durch den Arbeitgeber für die Dauer eines Monats als Büffethilfe, war dann bis zu einer weiteren Klinikeinweisung in einer Schuhfabrik tätig, begann hernach eine Arbeit bei einer anderen Firma, wo ihr nach dem folgenden Klinikaufenthalt gekündigt wurde. Als Grund wurde ihr zu langes und zu häufiges Kranksein angegeben. Hierauf war sie ein halbes Jahr lang arbeitslos, obwohl sie immer wieder bei Firmen angefragt hatte. Sie schreibt: "Sobald ich gesagt habe, daß ich in der Heilanstalt war, wurden sie zurückhalten, aber nicht unfreundlich. Zum Schluß sagte ich schon gar nichts mehr". Schließlich arbeitete sie 2 Monate in einem Hotel, wo sie aber dann aus eigenem Entschluß wieder aufhörte und somit erneut arbeitslos wurde.

S.V. (38), geboren 1941, ledig, paranoide Schizophrenie, lernte als Verkäuferin und war anschließend in einer Bäckerei tätig. Später wurde sie kfm. Angestellte in einem großen Betrieb, hörte im Alter von 31 Jahren Stimmen und fühlte sich beobachtet. Sie wurde 3 Wochen lang mit Haloperidol erfolgreich behandelt und zeigte bei der Entlassung aus der Klinik die Entschlossenheit, ihren bisherigen Arbeitsplatz wieder aufzunehmen.

S.W. (50), geboren 1950, ledig, paranoide Schizophrenie, schloß nach der Schulzeit eine 3-jährige Drogistenlehre ab, arbeitete dann für kürzere Zeit in einem Kosmetiksalon, darnach in verschiedenen Drogerien, hielt aber an keinem Arbeitsplatz lange durch. In dieser Zeit wurde sie in Österreich zweimal in einer Nervenklinik behandelt. Vor ihrer Einweisung in die Universitäts-Nervenklinik Erlangen arbeitete sie 5 Wochen in einer Drogerie, wo ihr gekündigt wurde, nachdem sie immer wieder verschiedene Kleinigkeiten gestohlen hatte, und 3 Wochen in einer Glühlampenfabrik. 4 Wochen nach der Einweisung in die Klinik erhielt sie ein Kündigungsschreiben vom neuen Arbeitgeber; als Kündigungsgrund wurde Arbeitsmangel angegeben.

S.X. (33) geboren 1946, ledig, chronische Schizophrenie, besuchte die Mittelschule, die sie wegen der beginnenden Psychose nicht abschließen konnte. Sie wurde somit im Alter von 15 Jahren zum ersten Mal stationär behandelt, war anschließend bis zur nächsten Klinikbehandlung als Hausgehilfin tätig. Dieses Arbeitsverhältnis kündigte sie auf eigenen Wunsch. 1963 begann sie eine 3-jährige Gärtnerlehre, wurde 1965 erneut stationär behandelt, absolvierte schließlich eine Blumenbinderlehre, an deren Ende die Kündigung durch den Arbeitgeber stand. In den hierauf folgenden Jahren war sie als Blumenbinderin in verschiedenen Geschäften, einmal auch als Verkäuferin und Filialleiterin, tätig. Da sie sich aber angeblich nicht anpassen konnte, verlor sie immer ihren Arbeitsplatz. Sie wurde 1969 sowie 1972/73 erneut zur stationären Behandlung aufgenommen, arbeitete hernach bis zur 6. Kündigung wiederum als Blumenbinderin und hat nun seit dieser Zeit leichte Fabrikarbeit zu verrichten.

Allgemein kommen Kündigungen als Folgen wachsender beruflicher Mobilität und sich ändernder Konjunkturlagen heute weit häufiger als früher vor. Bei etlichen erwerbstätigen Schizophrenen scheinen sie aber an der Tagesordnung zu sein und das Los des Betroffenen zu erschweren. Um derartige Entwicklungen zu verhindern, ließen sich verstärkte Bemühungen von seiten der Klinik und des Arbeitsamtes vorstellen, die eine möglichst optimale berufliche Beratung und Betreuung für die Zeit nach der Klinikentlassung gewährleisten können.

S.Y. (46), geboren 1918, ledig, chronische Schizophrenie, erlernte nach dem Besuch der Volksschule keinen Beruf, sondern arbeitete seit der Kindheit auf dem elterlichen Bauernhof. Nur einmal arbeitete sie ein Jahr lang als Putzfrau. Sie kam mit 54 Jahren zum ersten Mal in stationäre Behandlung, nachdem die chronische Schizophrenie offenbar bereits 25 Jahre vorher begonnen hatte. Während der Behandlung bildeten sich die produktiven Symptome zurück, doch blieb ein schizophrener Defekt im Sinne eines Verlustes an Dynamik bestehen. Bereits im Alter von 50 Jahren bezog sie eine Erwerbsunfähigkeitsrente, die sie auch heute noch erhält.

S.Z. (32), geboren 1947, verheiratet, katatone Schizophrenie, arbeitete nach dem Grundschulbesuch und einer Lehrzeit als kfm. Angestellte. Nach ihrer Heirat übte sie ihre berufliche Tätigkeit zunächst weiterhin aus, wurde aber nach der Geburt ihres ersten Kindes psychisch krank, so daß sie 4 Monate stationär behandelt werden mußte. Nach ihrer Entlassung wurde sie noch 2 Monate vom Hausarzt krankgeschrieben, mußte dann ihren Arbeitsplatz kündigen, da sie nunmehr ihr Kind zu versorgen hatte. Seither sorgt nur noch der Ehemann für den Unterhalt der Familie.

T.A. (34), geboren 1928, ledig, paranoide Schizophrenie, absolvierte nach dem Volksschulbesuch eine Lehre in einer Schneiderei, arbeitete als Näherin, bis sie im Alter von 30 Jahren an einer Psychose erkrankte und 9 Wochen stationär behandelt wurde. Hernach ging sie nicht mehr zur Arbeit, sie nähte nur noch zu Hause. Der Schwung und das Interesse von früher fehlten. Sie wurde nochmals 1962, 1963, 1972 und zuletzt 1973/74 in Nervenkliniken neuroleptisch behandelt. Seit 1959 war sie lediglich im elterlichen Haushalt tätig und bezog kein eigenes Einkommen. Seit September 1972 erhält sie eine Rente wegen Berufsunfähigkeit.

T.B. (35), geboren 1924, verheiratet, chronische Schizophrenie, war nach ihrer Schulzeit Magd auf einem Bauernhof gewesen, bevor sie heiratete. Im Alter von 46 Jahren verlor sie immer mehr an Initiative, der Haushalt wurde vom Ehemann versehen; 2 Jahre später wurde sie wegen einer schizophrenen Psychose 14 Wochen lang neuroleptisch behandelt. Es ergab sich eine nur sehr zögernde und unausgiebige Remission.

T.C. (36), geboren 1925, verheiratet, chronische Schizophrenie, besuchte Volks- und Handelsschule und arbeitete im elterlichen Betrieb (Landmaschinen- und KFZ-Verkauf). Sie übernahm das Geschäft nach ihrer Heirat und ist seitdem als Hausfrau tätig. Mit 38 Jahren veränderte sie plötzlich ihr Wesen, auch im Geschäft konnte sie nicht mehr gut mitarbeiten. Es folgte ein erster stationärer Aufenthalt, dem sich bis zu ihrem 48. Lebensjahr insgesamt 5 weitere anschlossen. Vor der zweiten stationären Behandlung konnte sie wiederum zu Hause nur das Notwendigste tun, hatte an nichts mehr Interesse und wollte am liebsten den ganzen Tag schlafen. Während des nächsten Intervalls war sie wieder völlig unauffällig, konnte ohne Schwierigkeiten Kinder und Haushalt versorgen, erledigte außerdem sämtliche Schreibarbeiten im Büro. Auch später führte sie den Haushalt weiterhin gut und arbeitete im Geschäft mit, bevor sie 1972 über 5 Monate lang wieder stationär behandelt werden mußte. Erst unter hochdosiertem Haloperidol ergab sich wiederum eine wesentliche Besserung mit deutlicher Antriebssteigerung, die allerdings nur wenige Wochen anhielt. Sie wurde dann in einer anderen Nervenklinik nach langer neuroleptischer Therapie letztlich mit Dreier-Blocks behandelt und konnte nach Abklingen der produktiv-psychotischen Symptomatik nach 5 Monaten wieder nach Hause entlassen werden.

T.D. (44), geboren 1924, verheiratet, paranoide Schizophrenie, war seit ihrer Ausbildung als Bankangestellte tätig, später verrichtete sie nur mehr den Haushalt und erkrankte mit 45 Jahren an einer schizophrenen Psychose. 2 Jahre später mußte sie zum zweiten Mal stationär behandelt werden und war dann wiederum wie früher als Angestellte berufstätig. Ob sie nach dem bislang letzten Klinikaufenthalt weiterhin erwerbstätig ist, konnten wir leider nicht ermitteln.

Aus dem zuletzt geschilderten Fall einer schizophrenen Patientin wird deutlich, daß selbst nach 2 psychiatrischen Behandlungen ein Überwechseln von der Hausfrauentätigkeit in einen bereits früher ausgeübten Beruf durchaus möglich ist. Sofern sich eine derartige Lösung anbietet, sollte sie durchaus angestrebt werden.

Von den 25 zykllothymen männlichen Probanden, die 1972 in der Universitäts-Nervenklinik Erlangen behandelt wurden, ließen sich folgende Tabellen erstellen:

Tab. 30: Berufsangaben der männlichen Zykllothymen des Jahres 1972, die zum ersten Mal stationär psychiatrisch behandelt wurden

Fall-Nr.	Beruf nach Schulzeit bzw. Ausbildung	Beruf vor Ausbruch der Krankheit
101	(keine Angaben)	Ingenieur, Abtl.-Leiter
102	Landwirt	Maschinenarbeiter
110	Fotograph	Monteur
121	(keine Angaben)	(stud.rer.nat.)

Tab. 31: Berufsangaben der männlichen Zykllothymen des Jahres 1972, die bereits ein- oder mehrmals stationär psychiatrisch behandelt worden sind

Fall-Nr.	Beruf nach Schulzeit bzw. Ausbildung	Beruf vor Ausbruch der Krankheit	Beruf vor dem gegenwärt. stat. Aufenthalt
103	Chemiker	Chemiker	(im Ruhestand)
104	-	(Student)	(Student)
105	-	(Schüler)	(Schüler)
106	Metzger	Landwirt	Landwirt
107	-	(Schüler)	(Schüler)
108	Rechtsanwalt	Rechtsanwalt	Rechtsanwalt, Justiziar
109	Kaufmann	Kaufmann	Kaufmann, Geschäftsführer
111	Arzt	Arzt	Facharzt
112	-	(Student)	(Student)
113	(keine Angaben)	Redakteur	Redakteur
114	(" ")	Landwirt	Landwirt
115	Pfarrer	Pfarrer	Pfarrer
116	Zollbeamter	Oberzolllrat	Oberzolllrat
117	Schweißer	Heizungsmonteur	(Rentner)
118	Brauer	Brauer	Brauer
119	Dreher	Dreher	Automatenschlosser
120	kfm. Angestellter	Bilanz-Buchhalter	Bilanz-Buchhalter
122	Maler (väterl. Betrieb)	(Stud. jur.)	Angestellter
123	Landwirt	Landwirt	Landwirt
124	Feinmechaniker	tech. Angestellter	techn. Angestellter
125	(keine Angaben)	(keine Angaben)	techn. Zeichner

Bereits der Umfang von Tabelle 30 im Vergleich zu Tabelle 31 weist auf die Tatsache hin, daß die Zahl der Wiederaufnahmen nach Einführung der Psychopharmaka gestiegen ist. Weiterhin ist festzuhalten, daß die männlichen zykllothymen Patienten bereits seit ihrer Ausbildung ein höheres soziales Niveau erreicht haben als die überwiegende Zahl der schizophrenen Patienten. Insbesondere sind unter den zykllothymen Patienten auch mehrere Akademiker vertreten. Nach der Erstmanifestation konnte fast immer der gelernte Beruf beibehalten werden. In einem Fall lag eine termingerechte Berentung nach Erreichen der Altersgrenze vor. Einem Patienten mit atypischer Psychose wurde eine Berufsunfähigkeitsrente gewährt. Abgesehen von dem zuletzt genannten Fall kam es bei zykllothymen Patienten zu keiner Berentung.

Tab. 32: Versicherungsrechtlicher Status der männlichen Zykllothymen des Jahres 1972 bei der Aufnahme in die Klinik

lediglich arbeitsunfähig krankgeschrieben	13
termingerechte Berentung	1
Berufsunfähigkeit bei vorzeit.Ruhestand infolge psychischer Erkrankung	1
Erwerbsunfähigkeit bei vorzeit.Ruhestand infolge psychischer Erkrankung	-
arbeitslos nach Kündigung durch den Arbeitgeber	-
arbeitslos nach Kündigung auf eigenes Betreiben hin	-
bisher noch in keinem Arbeitsverhältnis gestanden	5
keine Angaben zu erhalten	5
Summe:	<u>25</u>

Zur Erläuterung des versicherungsrechtlichen Status einiger Zykllothymen seien die folgenden Beschreibungen beruflicher Wege angeführt:

Z.A. (108), geboren 1925, verheiratet, zykllothyme Depression, studierte nach dem Abitur Rechtswissenschaften und wurde schließlich Rechtsanwalt in der Industrie. Im Alter von 47 Jahren erkrankte er an einer endogenen Depression und wurde innerhalb weniger Monate dreimal stationär behandelt. Während des letzten Aufenthaltes auf einer psychiatrischen Station konnte er sich trotz seiner Erkrankung beruflich verbessern und einen Firmenwechsel vornehmen. Seither übte er seinen Beruf weiterhin aus,

1973 folgte ein - wie er angibt - nicht krankheitsbedingter Stellungswechsel, 1974 wurde ihm sogar die Leitung eines Zweigbetriebes in Nord-Irland übertragen.

So sehr eine depressive Phase die Arbeits- und Leistungsfähigkeit beeinträchtigen mag, so sehr kann das Leistungsvermögen nach überstandener Phase zunehmen. Der Patient konnte nicht nur seinen Beruf weiterhin ausüben, sondern auch besonders erfolgreich tätig sein.

Z.B. (123), geboren 1923, verheiratet, zyklotyme Depression, war nach dem Besuch der Volksschule im landwirtschaftlichen Anwesen der Eltern tätig. Im Alter von 36 Jahren wurde er infolge der psychischen Erkrankung ambulant behandelt, war dann 3 Jahre beschwerdefrei, bis er sich schließlich wieder "elend, müde und schlapp" fühlte. Einem Aufenthalt in der Klinik von einem Monat folgten in einer Zeitspanne von 9 Jahren insgesamt 7 stationäre Einweisungen. Seit seiner letzten Behandlung im Jahre 1972, die sich sehr schwierig gestaltete und nach Gaben von Anafranil, Agedal und Quilonum erst unter Nortrilen eine Besserung brachte, hat sein Sohn den Hof gepachtet, da er ihn selbst nicht mehr bewirtschaften konnte. Ein Antrag auf vorzeitiges Altersgeld wurde gestellt und eine Rente auf Zeit empfohlen. Nach erneuter depressiver Phase im folgenden Jahr und einer Hüftluxation bezieht er eine landwirtschaftliche Rente auf Lebenszeit.

Z.C. (115), geboren 1913, verheiratet, zyklotyme Depression, studierte nach dem Abitur Theologie und wurde anschließend Pfarrer. In seinem 57. Lebensjahr erkrankte er zum ersten Mal an einer zyklotymen Depression und wurde ambulant behandelt. Nach einer Zeit von 7 beschwerdefreien Jahren erfolgte eine zweite Phase, die eine stationäre Behandlung mit Anafranil und Tranxilium notwendig machte. Er blieb 4 Monate dienstunfähig. 3 Monate nach der Wiederaufnahme seiner Arbeit erfolgte 1973 eine erneute Phase mit stationärer Behandlung und anschließender 3-monatiger Dienstunfähigkeit.

Z.D. (117), geboren 1917, verheiratet, atypische Psychose, erlernte nach dem Volksschulbesuch das Schweißer- und Schlosserhandwerk und siedelte mit 34 Jahren in die Bundesrepublik über. 1 Jahr vor jenem Ortswechsel hatte er zum ersten Mal Verfolgungsideen, die auch 5 Jahre später wieder auftauchten. In Deutschland hatte er zunächst verschiedene berufliche Tätigkeiten inne. Er war bei der amerikanischen und französischen Besatzungsarmee im Rheinland beschäftigt, hatte anschließend eine Reihe von verschiedenen Arbeiten ausgeübt und häufig seine Stelle gewechselt. Oft kündigte er das Arbeitsverhältnis selbst, oft wurde er aber auch infolge eines konjunkturellen Rückgangs entlassen. Von 1959 bis 1967 hatte er einen festen Arbeitsplatz als Heizungsmonteur. Schließlich wurde er mit 51 Jahren schwermütig, unterzog sich 4 Monate lang

einer stationären psychiatrischen Behandlung und war wieder an seinem Arbeitsplatz tätig. Bald folgten 2 weitere längere Behandlungen in der Nervenklinik, so daß hernach ein Renten-antrag gestellt wurde. Seit dem 1.1.71 bezieht er eine Berufs-unfähigkeitsrente und befand sich während der folgenden 3 Jahre insgesamt viermal in stationärer Behandlung. Den größten Teil seiner täglichen Zeit widmete er der Arbeit für eine religiöse Sekte.

Z.E. (120), geboren 1928, verheiratet, zylothyme Depression, besuchte die Volksschule, anschließend 1 1/2 Jahre die Handels-schule, die er wegen des Kriegsgeschehens vorzeitig verlassen mußte. Nach dem Krieg war er zunächst bis 1950 Gelegenheits-arbeiter, dann als kfm. Angestellter bei einer Firma tätig, die er nach 11 Jahren verließ, um als Bankkaufmann zu einer ande-ren Firma überzuwechseln. Nach stetigem beruflichen Aufstieg in einem Zeitraum von 10 Jahren verspürte er mit 43 Jahren, daß er seine Arbeit nicht mehr schaffen konnte. Er nahm hierauf seinen mittlerweile auf 4 Monate angewachsenen Urlaub, nachdem er in den 3 vorausgegangenen Jahren unentwegt gearbeitet hatte. Es kam zunächst zu einer gewissen Rückbildung der Depression und der organischen Mißempfindungen, die aber wenige Monate später wieder massiv auftraten und zu einem Selbstmordversuch führten. Nach einer Behandlung mit Tofranil und Quilonum in der Nerven-klinik wurde er nach 6 Wochen nahezu beschwerdefrei entlassen. Nach der Entlassung fiel ihm die Arbeit zunächst schwer, doch bald übte er seine Tätigkeit wieder im früheren Umfang aus, nach-dem ihm für die ersten Wochen eine kleinere Baustelle übertra-gen worden war. 1 1/2 Jahre später befand er sich zum Zeitpunkt der Erhebung wegen einer neuen Phase zum zweiten Mal in statio-närer psychiatrischer Behandlung.

Z.F. (125), geboren 1941, ledig, Mischpsychose, studierte nach dem Abitur 10 Semester lang das Fach Brauwesen. In dieser Zeit erkrankte er während des Vorexamens im Alter von 22 Jahren an einer Psychose, die in regelmäßigen jährlichen Abständen eine manische Phase zum Vorschein brachte. Es folgten zahlreiche stationäre Behandlungen in verschiedenen psychiatrischen Klini-ken, ein Rehabilitationsversuch brachte keinen Erfolg und mußte abgebrochen werden. Nach seinem Studium ohne Abschluß ist er als technischer Zeichner in einem Baustatikbüro tätig. Im Intervall zwischen seinen zuletzt aufgetretenen Phasen fühlte er sich zwar antriebslos, es sei ihm aber immerhin so gut gegangen, daß er seiner Arbeit nachgehen konnte.

Eine vorzeitige landwirtschaftliche Altersrente im Falle einer schweren zylothymen Depression sowie eine Berufsunfähigkeits-rente im Falle einer Mischpsychose veranlassen zu der Feststel-lung, daß auch bei zylothymen Patienten die berufliche Wieder-eingliederung schwierig werden und scheitern kann. Doch darf

nicht übersehen werden, daß Zykllothyme in den meisten Fällen nach überstandener Phase an ihren Arbeitsplatz zurückkehren können. Somit fällt die Berufsbilanz Zykllothymen wesentlich positiver als diejenige von schizophrenen Patienten aus.

Schließlich seien auch noch die Angaben über Beruf und Erwerbsfähigkeit der 25 zykllothymen weiblichen Patienten des Jahres 1972 angeführt.

Tab. 33: Berufsangaben der weiblichen Zykllothymen des Jahres 1972, die zum ersten Mal stationär psychiatrisch behandelt wurden

Fall-Nr.	Beruf nach Schulzeit bzw. Ausbildung	Beruf vor Ausbruch der Krankheit

in 3 Fällen:		
132,139,140	(keine Angaben)	Hausfrau
127	Säuglingsschwester	"
129	(keine Angaben)	selbst.Kaufmann
137	(" ")	Haus- und Geschäftsfrau
138	Schneiderin	Hausfrau, Dolmetscherin

Tab. 34: Berufsangaben der weiblichen Zykllothymen des Jahres 1972, die bereits ein- oder mehrmals stationär psychiatrisch behandelt worden sind

Fall-Nr.	Beruf nach Schulzeit bzw. Ausbildung	Beruf vor Ausbruch der Krankheit	Beruf vor dem gegenwärt.stat.Aufenthalt

in 5 Fällen:			
126,128,130,133,144	(keine Angaben)	Hausfrau	Hausfrau
in 4 Fällen:			
135,136,143,150	(keine Angaben)	(keine Angaben)	Hausfrau
131	Hausangestellte	Hausangestellte	(ohne Beruf)
134	Hausgehilfin	Haus-u.Geschäftsfrau	Haus- und Geschäftsfrau
141	Packerin	Packerin	Packerin
142	Techn.Assistentin	Hausfrau	Hausfrau
145	Fotolaborantin	Fotolaborantin	Fotolaborantin
146	Fabrikarbeiterin	Hausfrau	Hausfrau
147	-	(Studentin)	(Studentin)
148	Verkäuferin	Verkäuferin	Verkäuferin
149	Landwirtin	Landwirtin	Steinschleiferin

Trotz einiger fehlender Angaben zeigt Tab. 34, daß die Zykllothymie in der Regel keinen Berufswechsel für die weiblichen Patienten mit sich brachte. Darüber hinaus kam in einem Fall eine Berentung in Betracht. Dennoch muß offen bleiben, inwieweit in 4 Fällen bereits bei der Erstmanifestation eine Hausfrauentätigkeit ausgeübt wurde. Für die Gruppe der Nichterwerbstätigen, die in der Tabelle vorwiegend von Hausfrauen repräsentiert wird, stellt sich die Frage, ob und inwieweit sie erwerbsfähig sein könnten. Der Begriff "Hausfrau" sagt aber im Rahmen der Erhebung nur aus, daß eine Erwerbstätigkeit nicht vorlag. Bis zu welchem Maße die häusliche Arbeit ausgeübt werden kann bzw. wird, bleibt allerdings unbeantwortet. Man muß annehmen, daß im Verlaufe einer Zykllothymie manche Hausfrau ihrer täglichen Arbeit nicht mehr nachkommt und Familienangehörige mithelfen müssen. Diese Art der Tätigkeit im eigenen Haushalt kann einerseits ein Nachteil sein, da eine geregelte Arbeit außerhalb der Wohnung die soziale Reintegration fördern hilft, andererseits aber auch einen Vorteil darstellen, da es dadurch möglich wird, die häusliche Arbeit dem jeweiligen psychischen Zustand individuell anzupassen.

Tab. 35: Versicherungsrechtlicher Status der weiblichen Zykllothymen des Jahres 1972 bei der Aufnahme in die Klinik

lediglich arbeitsunfähig krankgeschrieben	2
termingerechte Berentung	1
Berufsunfähigkeit bei vorzeit.Ruhestand infolge psychischer Erkrankung	-
Erwerbsunfähigkeit bei vorzeit.Ruhestand infolge psychischer Erkrankung	-
arbeitslos nach Kündigung durch den Arbeitgeber	1
arbeitslos nach Kündigung auf eigenes Betreiben hin	1
bisher noch in keinem Arbeitsverhältnis gestanden bzw. keine Angaben zu erhalten	20
Summe:	<u>25</u>

Auch hier soll auf wenige Beispiele nicht verzichtet werden, die sich auf berufstätige Frauen beziehen.

Z.G. (141), geboren 1951, verheiratet, atypische Psychose, absolvierte nach dem Besuch der Volksschule eine 3-jährige Lehre und wurde Packerin im elterlichen Betrieb. Bereits vor dem 20. Lebensjahr zeigten sich Symptome einer atypischen Psychose, die mehrmals eine stationäre Behandlung notwendig machten. Nach Beendigung eines 10-wöchigen Aufenthaltes in der Nervenklinik im Herbst 1972 konnte sie ihre Arbeit wieder aufnehmen, die seither lediglich einmal durch einen mehrmonatigen Aufenthalt in einer Lungenheilstätte unterbrochen wurde.

Z.H. (148), geboren 1925, verheiratet, zylothyme Depression, erkrankte psychisch zum ersten Mal im Alter von 18 Jahren, nachdem sie eine 3-jährige Lehrzeit in einer Bekleidungsabteilung abgeschlossen hatte. Sie nahm hierauf erst wieder mit 25 Jahren ihre berufliche Tätigkeit auf, mußte im Alter von 36 Jahren zweimal stationär behandelt werden, wobei sich eine hohe Rezidivneigung zeigte. Es folgte eine 2-jährige Unterbrechung infolge Berufsunfähigkeit. Seither übt sie ihren Beruf wieder aus; verbrachte wegen einer erneuten Phase 1972 2 Wochen in der Nervenklinik, arbeitete seit 1965 weiterhin als Verkäuferin bei ein- und derselben Firma, allerdings "leider immer mit Schwankungen", wie sie uns mitteilt.

Z.I. (149), geboren 1948, verheiratet, zylothyme Depression, war nach dem Besuch der Volks- und sodann der Berufsschule im elterlichen Anwesen tätig, als sie im Alter von 18 Jahren ihre erste depressive Phase durchzustehen hatte. Ein Jahr später nahm sie eine Arbeit als Steinschleiferin an. Es folgte alljährlich eine kurze depressive Phase, bis ihr nach 5 Jahren vom Arbeitgeber gekündigt und sie zum ersten Mal stationär behandelt wurde. Seither versieht sie ihren Haushalt, nachdem ein Antrag auf Erwerbsunfähigkeitsrente abgelehnt wurde. Sie schreibt, daß es ihr zur Zeit nicht besonders gut ginge, weil sie weniger Tabletten eingenommen habe. Sie könne schlecht schlafen, sei unruhig und nervös.

Z.K. (142), geboren 1943, verheiratet, zylothyme Depression, wurde nach dem Schulabschluß mit mittlerer Reife technische Assistentin und übte diesen Beruf bis zu ihrer Heirat 3 Jahre lang aus. Im Alter von 25 Jahren zeigten sich nach der Entbindung des ersten Kindes Depressionen, etliche Monate später tauchten Suizidgedanken auf. In den folgenden 4 Jahren mußte sie schließlich dreimal auf einer psychiatrischen Station behandelt werden. Zuletzt erwog sie, eine Halbtagsbeschäftigung anzunehmen, um sich nicht zu sehr auf das Kind zu konzentrieren. Inwieweit sie diese Absicht verwirklichen konnte, ist uns allerdings nicht bekannt.

Wegen der geringen Zahl erwerbstätiger weiblicher Zylothymen unter den Probanden vermögen die obigen Darstellungen lediglich

einige berufliche Entwicklungen aufzuzeigen. Eine generelle Aussage über den Einfluß der Zykllothymie auf den Berufsweg erlauben sie nicht. Hingegen ist sicherlich erwähnenswert, daß häufige depressive Phasen bei einer Patientin zu einem Rentenantrag führten, der aber abgelehnt wurde. Die Erwägung, eine Halbtagsstätigkeit anzunehmen, läßt in einem anderen Fall die offenbar psychisch stabilisierende Wirkung der Arbeit erkennen.

5. Diskussion

Ein Vergleich der beruflichen Situation von schizophrenen und zykllothymen Patienten einerseits, von psychisch Kranken der Gegenwart sowie der vorpsychopharmakologischen Ära andererseits stellt in mancher Hinsicht ein schwieriges Problem dar. Sofern man eine gültige Aussage treffen will, bleibt zunächst festzustellen, inwieweit bestimmte Faktoren die Vergleichbarkeit solcher Gruppen beeinträchtigen können. Gerade auf dem beruflichen Sektor hat sich im Laufe von 20 und mehr Jahren vieles verändert. Die jeweilige wirtschaftliche Gesamtsituation mit ihren Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt, neue Richtlinien in der Berentungspraxis, der Ausbau von Rehabilitationseinrichtungen sind bei der Einschätzung eines Wandels der beruflichen Situation durch Psychopharmaka zu berücksichtigen. Mit dem Fehlen zahlreicher Berufsangaben in den früheren Krankenblättern ergab sich eine weitere Schwierigkeit. Ferner ist festzuhalten, daß die Ergebnisse dieser Erhebung nur für das Einzugsgebiet der Universitäts-Nervenlinik Erlangen, also den nordbayerischen Raum, repräsentativ sind. Mit diesen nur sehr bedingt vergleichbar sind demnach Ergebnisse ähnlicher Literatur aus anderen Universitäts-Nervenkliniken.

Weniger problematisch erscheinen Aussagen aus den vorangehenden Ergebnissen zur Frage: Welche Unterschiede zeigen sich in der beruflichen Situation von Schizophrenen im Vergleich zu Zykllothymen? Nachdem ZEILINGER (1975) bei einem Vergleich Schizophrener und Zykllothymen am Arbeitsplatz "eine zwar nicht statistisch signifikante, aber doch deutliche Tendenz zur negativeren Bewertung der Zykllothymen" durch ihre Betriebsangehörigen fand, bleibt hier im Hinblick auf die vorangehenden Tabellen und Ergebnisse festzustellen, daß eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bei Schizophrenen bei weitem häufiger zu verzeichnen ist als bei Zykllothymen. Unter den männlichen Probanden unserer Erhebung, die 1972 in der Universitäts-Nervenlinik Erlangen stationär behandelt wurden, bezogen zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik mindestens 4 schizophrene Patienten eine Erwerbsun-

fähigkeitsrente und ein Patient eine Berufsunfähigkeitsrente, hingegen war kein einziger an einer zyklotyphen Depression erkrankter Patient infolge seiner Psychose berentet worden. Lediglich ein Patient mit einer atypischen Mischpsychose erhielt eine Rente wegen Berufsunfähigkeit. Die oben erwähnten Mühen und Schwierigkeiten Zyklotymer am Arbeitsplatz beziehen sich aber offenbar vorwiegend auf depressive Phasen. Nach dem Abklingen der Symptomatik kann der Zyklotyme in der Regel seinen Arbeitsplatz wieder einnehmen und bei seiner Tätigkeit oft großen Eifer zeigen. Trotz der negativeren Bewertung durch die Arbeitskollegen wird er offenbar stets seinen Aufgaben mehr oder minder gerecht, er bleibt in seinem Beruf mehr oder minder tragbar; dies mag erklären, warum eine Kündigung oder eine Berentung nur sehr selten erfolgen. Lediglich während des Klinikaufenthaltes ist er in der Regel arbeitsunfähig krankgeschrieben, seine Stellung im Beruf sowie sein Arbeitsplatz bleiben ihm im Anschluß an eine Krankheitsphase erhalten. Hat der Zyklotyme meist keine Schwierigkeiten, seiner bislang ausgeübten Tätigkeit nach dem Klinikaufenthalt wieder nachzugehen, sieht die diesbezügliche Bilanz für den Schizophrenen oft mehr oder minder ungünstig aus. Seine Krankheit beginnt nicht nur frühzeitiger, auch Schulbildung und Berufsausbildung stehen denen des Zyklotyphen nach; männliche Schizophrene bleiben zudem weit länger in stationärer Behandlung als Zyklotyme. Beim Vergleich mit der Situation der Schizophrenen wäre auch zu fragen, ob - abgesehen vom Vorteil des kürzeren Aufenthaltes in der Klinik - nicht der höhere soziale Status des Zyklotyphen die zumeist wohl problemlose Rückkehr in seinen Beruf erleichtert. Auswirkungen auf den Beruf werden offenbar vom jeweiligen Schweregrad der Schizophrenie bestimmt. In leichten Fällen und nach guter Remission kann der Schizophrene meist an seine Arbeitsstätte zurückkehren, auch in leichten chronischen Zuständen "sind viele Kranke trotz Wahnideen und Halluzinationen und trotz zerfahrenen Denkens sozial noch tüchtig und berufstätig" (BLEULER, 1972). Bei stärkerer Restsymptomatik muß eventuell an einen Berufswechsel und die Maßnahmen einer modernen Rehabilitation gedacht werden. Eine Berufsunfähigkeitsrente auf Zeit kann hier zuweilen auch hilfreich

sein. Bei Schizophrenen sicherlich im Abnehmen begriffen, aber noch nicht zur Seltenheit geworden sind Erwerbsunfähigkeitsrenten insbesondere auf Lebenszeit. Immerhin war es bei 20% unserer schizophrenen männlichen Patienten des Jahres 1972 zu einer Berentung gekommen, ein gleicher Prozentsatz ergab sich für das Vorliegen einer Kündigung bei der Klinikeinweisung. Wenn auch aus unterschiedlichen Gründen eine Vergleichbarkeit mit Ergebnissen entsprechender Erhebungen an anderen psychiatrischen Kliniken nur in geringem Maße gegeben ist, so seien doch zumindest 2 Autoren erwähnt: KAPPLINGHAUS (1967) errechnet für männliche Schizophrene einen Anteil von 18,7 % Berentungsfällen, aus den Angaben von WING (1972) dürfen wir auf 28 % Schizophrene schließen, die infolge Erwerbsunfähigkeit berentet sind. Somit erscheint der Anteil berenteter Schizophrener verhältnismäßig konstant. Eine Erwerbsunfähigkeitsrente sollte nur dann gewährt werden, wenn alle anderen Möglichkeiten zur Aktivierung des Kranken nicht mehr in Betracht kommen. Oft ist die Rente auch nur der Schlußstrich unter eine Fülle vergeblicher Einordnungsbemühungen (MÖLLHOFF, 1965). Bei einem geringen Prozentsatz Schizophrener kommt es zur dauernden Hospitalisierung. Diese Anstaltsbehandlung ist nach E.BLEULERS (1927) Worten zwar oft nicht zu umgehen, aber ein Übel, das so oft wie möglich vermieden werden sollte. Wie PLOEGER (1973) vermerkt, besteht weitgehend Einigkeit darüber, "daß der Begriff des schizophrenen 'Defektes' zu einem Teil eine Wirkung der psychiatrischen Institution selbst ist". Psychiatrische Einrichtungen können nach FINZEN (1972) ebenso antitherapeutisch wie therapeutisch wirken. Und WING (1972) geht in diesem Punkt noch weiter, indem er schreibt: "Wenn Untätigkeit schizophrenen Kranken schadet, ist eine Umgebung, die keine Anregungen vermittelt, zu Hause vermutlich ebenso gefährlich wie auf einer Krankenstation." Psychopathologie und Schweregrad der Schizophrenie lassen also eine Rückkehr an den gleichen Arbeitsplatz nur in einem Teil der Fälle zu. Oft ist dieser Weg auch durch eine vorausgehende Kündigung versperrt, wie überhaupt Kündigungen, entweder durch den Arbeitgeber oder auch durch den Patienten vorgenommen, den Berufsweg des Schizo-

phrenen prägen können. Nicht zuletzt begünstigt eine Wirtschaftszession derlei Kündigungen durch den Arbeitgeber und "bringt die Prospektivität der beruflichen Rehabilitation in einen absoluten, zumindest aber in einen relativen Bezug zur Arbeitsmarktlage unserer Bundesrepublik Deutschland" (GERCKE, 1973).

Welche Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit und die berufliche Wiedereingliederung haben sich nun durch die Therapie mit Psychopharmaka ergeben, hat die Behandlung mit Psychopharmaka die berufliche Situation dieser Patienten verbessern können?

Der vollständige Wandel der Therapie endogener Psychosen an der Universitäts-Nervenlinik Erlangen zwischen 1951 und 1972 scheint geeignet zu sein, Aufschluß auf diese Fragen zu geben, die umso heikler sind, als noch heute in mancher psychiatrischen Klinik die Elektrokrampftherapie an die Stelle der medikamentösen Behandlung tritt. Soweit man hierüber Angaben in der neueren Literatur findet, sind für das Problem der beruflichen Wiedereingliederung die Psychopharmaka der Elektrokrampfbehandlung offenbar überlegen. "Seit der Einführung der Psychopharmaka in die psychiatrische Routinetherapie haben sich nicht nur die Behandlungsaussichten schizophrener Prozeßpsychosen, sondern auch die Chancen für eine Wiedereinordnung dieser Kranken in das Erwerbsleben entscheidend gebessert. Die früher unumgängliche Dauerinternierung vieler Patienten ist heute schon fast vergessen und nur wenige verbleiben noch länger als vier bis sechs Monate in Kliniken und Landeskrankenhäusern" (MÖLLHOFF, 1965). Andere Autoren vermerken: "Die moderne Behandlung Schizophrener, insbesondere auch die Pharmakotherapie, ermöglicht heutzutage häufiger, als dies früher der Fall war, eine mehr oder minder gute soziale Wiedereingliederung der Kranken" (MENDE, 1966). "Die Entdeckung der Neuroleptika und anderer Psychopharmaka zählt zu den bedeutendsten Fortschritten der modernen Medizin... Der Stil des psychiatrischen Krankenhauses hat sich von Grund auf gewandelt, erregte und laute Schizophrene sind eine Seltenheit, mechanische Maßnahmen praktisch überflüssig geworden, und die Wiedereingliederung des Schizophrenen

in die gesunde Umwelt wird durch die neuroleptische Dauertherapie erheblich erleichtert" (TÖLLE,1966). "Die Erkenntnis, daß Frühentlassungen den Spätentlassungen mit allen möglichen Kunstprodukten der Hospitalisierung vorzuziehen sind, hat sich allenthalben durchgesetzt. Vor allem hat es der Siegeszug der modernen Psychopharmaka möglich gemacht, eine Großzahl schizophrener Patienten nach wenigen Wochen zu entlassen... Die Tatsache, daß man von einer Drehtürpsychiatrie sprechen muß, zeigt, daß wir bei den Aufgaben der Wiedereingliederung des gebesserten Kranken noch weitgehend versagen" (IRLE,1966). Der Vergleich der schizophrenen Kranken unserer Erhebung ergibt ebenfalls einen Anstieg der Wiederaufnahmerate insbesondere für männliche Patienten von durchschnittlich 2,2 auf 3,4. Dennoch sank die Gesamthospitalisierungsdauer bei dieser Gruppe von früher 10,2 auf nunmehr 7,1 Monate im Jahre 1972. Eine Zunahme der durchschnittlichen Anzahl der Wiederaufnahmen in die Klinik von 2,1 auf 3,1 ergab sich auch bei zykllothymen männlichen Patienten. Ihre Gesamthospitalisierungsdauer von durchschnittlich 3,7 Monaten heute liegt aber um 0,4 Monate höher als in der Zeit von 1940-51. Bemerkenswert ist hierbei auch die Tatsache, daß für die Gegenwart weibliche Zykllothyme eine durchschnittliche Gesamthospitalisierungsdauer von 4,9 Monaten aufweisen, während sie bei weiblichen Schizophrenen mit 4,3 Monaten sogar noch darunter liegt. Folgende Vermutungen ergeben sich hieraus: Zykllothyme Frauen zögern vor einer Wiederaufnahme der Arbeit im Haushalt oder anderswo, schizophrene Frauen drängen eher auf Entlassung, die möglicherweise auch von der Familie gefordert wird. Sofern man aber andererseits gleiche Aufenthaltsdauer für Schizophrene und Zykllothyme voraussetzt, bleibt zu fragen, warum schizophrene männliche Patienten doppelt so lange stationär behandelt werden wie zykllothyme Männer. Es darf angenommen werden, daß unter den Zykllothymen die männlichen Patienten auf eine rasche Entlassung drängen und somit Gemeinsamkeiten mit schizophrenen Patientinnen aufweisen. Offenbar fürchten sie ungünstige Folgen für Stellung und Beruf, falls sie ihre Tätigkeit nicht möglichst rasch wiederaufnehmen können.

Wegen fehlender Angaben in früheren Krankenblättern können wir zwar nicht eindeutig feststellen, ob die Zahl der Berentungen seit der Einführung der Pharmakotherapie rückläufig ist, ein derartiger Sachverhalt scheint sich aber doch aus vielen Hinweisen zu ergeben. Die Ursache dafür, daß eine berufliche Wiedereingliederung erleichtert, also die berufliche und soziale Situation verbessert wurde, ist offenbar vor allem in der Verkürzung der stationären Behandlungen durch Psychopharmaka zu suchen. Abgesehen von allen ihren Vor- und Nachteilen kann hierfür nicht zuletzt auch eine neuroleptische Dauerbehandlung von Bedeutung sein. Eine Besserung der sozialen Prognose wird ermöglicht, woraus sich wiederum günstige Rückwirkungen auf den Verlauf der Krankheit erwarten lassen.

6. Zusammenfassung

Nach einer Diskussion des Begriffes "Minderung der Erwerbsfähigkeit" wird von der beruflichen und versicherungsrechtlichen Situation von jeweils 100 schizophrenen und zykllothymen Patienten berichtet, die zum einen Teil in der vorneuroleptischen Ära (1940-51), zum anderen Teil zwei Jahrzehnte nach Einführung der Psychopharmaka in der Universitäts-Nervenlinik Erlangen stationär behandelt wurden. Die Angaben wurden 200 Krankenblättern entnommen, von 26 Patienten ließ sich durch einen Fragebogenversand auch eine berufliche Katamnese erstellen. Die Gegenüberstellung der Resultate für schizophrene und zykllothyme Patienten bestätigt das frühere Erstmanifestationsalter des Schizophrenen sowie seine niedrigere soziale Stellung. Im Vergleich zu früher nahm die stationäre Behandlungsdauer für den Schizophrenen ab, während für den Zykllothymen eher eine entgegengesetzte Entwicklung zu beobachten ist. Gegenwärtig werden zykllothyme sowie schizophrene weibliche Patienten etwa gleich lang behandelt, während die stationäre Behandlungsdauer für schizophrene männliche Patienten über, für zykllothyme Männer unter dem Wert der Gesamtbehandlungsdauer weiblicher Patienten liegt. Insgesamt erhöhte sich die Zahl der Wiederaufnahmen.

Des weiteren wird über Art und Erfolge der Therapie berichtet, der man sich für die endogenen Psychosen der 200 Probanden zu den verschiedenen Zeitabschnitten bediente. Kurze Schilderungen des beruflichen Schicksals einzelner Schizophrener und Zykllothymen zeigen ferner Vielfalt und Problematik dieses Bereiches der Sozialpsychiatrie. Hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung ergibt sich für schizophrene Patienten ein ungünstigeres Bild als für Zykllothyme, Kündigungen und Berentungen kommen für Schizophrene viel eher in Frage. Es ergeben sich Anhaltspunkte dafür, daß die Pharmakotherapie für die berufliche Wiedereingliederung geeigneter ist als die anderen somatischen Behandlungsverfahren.

7. Literatur

- ALSEN, V.: Stellenwert der Langzeitneuroleptika im Gesamtbehandlungsplan bei chronischen endogenen Psychosen. In: Chronische endogene Psychosen. Hrsg.: H.Kranz, K.Heinrich. Thieme, Stuttgart 1973.
- BAER, R.: Quantifizierende sozialpsychiatrische Untersuchungen an Zyklothymen und ihren Angehörigen. In: Angewandte Psychopathometrie. Janssen, Düsseldorf 1973.
- BAER, R.: Die sozialpsychiatrische Prognose der zyklthymen Depression. Eine klinische und soziologische Untersuchung unter Anwendung statistischer Methoden. Thieme, Stuttgart 1975.
- BENNETT, D.: Die Bedeutung der Arbeit für die psychiatrische Rehabilitation. In: Sozialpsychiatrische Texte. Hrsg.: M.v.Cranach, A.Finzen. Springer, Berlin Heidelberg New York 1972.
- BERNE, E.: Games People Play: the Psychology of Human Relationships. Andre Deutsch, London 1966.
- BLEULER, E.: Die ärztlichen Anzeigen für frühe Entlassungen. In: Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten. Hrsg.: H.Roemer, G.Kolb, V.Faltenhäuser. Julius Springer, Berlin 1927.
- BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. 8.Aufl., umgearbeitet von M.Bleuler. Springer, Berlin Göttingen Heidelberg 1949.
- BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. 12.Aufl. Mitbearb.von M.Bleuler. Springer, Berlin Heidelberg New York 1972.
- BLEULER, M.: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Thieme, Stuttgart 1972.
- BOSCH, G.: Psychotherapie und Soziotherapie. In: Sozialpsychiatrische Texte. Hrsg.: M.v.Cranach, A.Finzen. Springer, Berlin Heidelberg New York 1972.
- EARLY, D.F.: The industrial therapy organisation (Bristol). The first two years. The Lancet (1963/I), 435
- EICHER, H., W.HAASE: Die Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten. 4.Aufl. Jehle, München 1970.
- FINZEN, A.: Einführung. In: Sozialpsychiatrische Texte. Hrsg.: M.v.Cranach, A.Finzen. Springer, Berlin Heidelberg New York 1972.
- GERCKE, W.: Sozialmedizinische Aspekte der Rehabilitation. In: Psychosoziale Rehabilitation. Hrsg.: H.Enke, H.Pohlmeier. Hippokrates, Stuttgart 1973.
- GROSS, G., G.HUBER, R.SCHÜTTLER: Probleme der Chronizität schizophrener Erkrankungen. In: Chronische endogene Psychosen. Hrsg.: H.Kranz, K.Heinrich. Thieme, Stuttgart 1973.

- HAASE, H.-J.: Pharmakotherapie bei chronisch Schizophrenen.
In: Problematik, Therapie und Rehabilitation der
chronischen endogenen Psychosen. Hrsg.: F.Panse.
Enke, Stuttgart 1967.
- HAASE, H.-J.: Therapie mit Psychopharmaka und anderen psycho-
trophen Medikamenten. Schattauer, Stuttgart 1972.
- HACKSTEIN, F.-G.: Die Rehabilitation Schizophrener - Über die
Defektuosität der schizophrenen Psychosen. In: Proble-
matik, Therapie und Rehabilitation der chronischen
endogenen Psychosen. Hrsg.: F.Panse. Enke, Stuttgart
1967.
- HARLFINGER, H.: Milieuthherapie, Arbeits- und Beschäftigungs-
therapie. Landarzt 42 (1966), 103
- HARTMANN, W.: Soziale Faktoren bei chronischen Schizophrenien.
In: Chronische endogene Psychosen. Hrsg.: H.Kranz,
K.Heinrich. Thieme, Stuttgart 1973.
- HEIM, E., B.SCHMID: Chronische Schizophrenie - noch aktuell?
Untersuchungen zur Inzidenz, Begriffsbestimmung und
Rehabilitation. Social Psychiatry, Vol.7. Springer,
Berlin Heidelberg New York 1972.
- HENNIES, G., K.H.HEUER: Rechtsgrundlagen der Begutachtung in
der Renten- und Unfallversorgung, Kriegsopter-
versorgung und Wiedergutmachung. In: Gutachten-Fibel.
Hrsg.: K.H.Marx. Thieme, Stuttgart 1969.
- HUBER, G.: Grenzen der psychiatrischen Pharmakotherapie bei der
Behandlung chronisch Schizophrener. In: Begleit-
wirkungen und Mißerfolge der psychiatrischen Pharma-
kotherapie. Hrsg.: H.Kranz, K.Heinrich. Thieme,
Stuttgart 1964.
- HUBER, G., G.GROSS, R.SCHÜTTLER: Spätkatamnestische Unter-
suchungen bei Schizophrenen. In: Angewandte Psycho-
pathometrie. Janssen, Düsseldorf 1973.
- IRLE, G.: Die Wiedereingliederung des gebesserten Schizophrenen
in Beruf und Familie. Landarzt 42 (1966), 109
- IRLE, G., N.PÖRKSEN: Soziale Integration bei wieder und nicht
wieder erkrankten Schizophrenen aus eigener Sicht.
Nervenarzt 42 (1971), 466 u. 516
- JAKUES, E.: Equitable Payment. Heinemann, London 1965.
- KAPPLINGHAUS, R.: Über die Probleme der Betreuung Schizophrener
in der Außenfürsorge. In: Problematik, Therapie und
Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen.
Hrsg.: F.Panse. Enke, Stuttgart 1967.
- MATTUSSEK, P., A.HALBACH, U.TROEGER: Endogene Depression - Eine
statistische Untersuchung unbehandelter Fälle.
Urban & Schwarzenberg, München 1965.
- MENDE, W.: Begutachtungsfragen bei der Schizophrenie.
Landarzt 42 (1966), 115

- MICHAELIS, R., P.HORSTMANN: Depression und Beruf. Ein sozialer Aspekt der endogenen Depression. Med.Welt 23 (1972), 1200
- MÖLLHOFF, G.: Zur Begutachtung und Rehabilitation der sogenannten schizophrenen Defektzustände in der Rentenversicherung. Med.Sachverständiger 61 (1965), 57
- MOLDENHAUER, B.: Zum gegenwärtigen Stand der Depot-Langzeit-Therapie schizophrener Psychosen. In: Chronische endogene Psychosen. Hrsg.: H.Kranz, K.Heinrich. Thieme, Stuttgart 1973.
- MONCK, E.M.: Employment experiences of 127 discharged schizophrenic men in London. Brit.I.prev.soc.Med. 17 (1963), 101
- MÜLLER, P.: Medikamentöse Langzeitbehandlung Schizophrener - theoretische Vorstellungen und Realität. In: Chronische endogene Psychosen. Hrsg.: H.Kranz, K.Heinrich. Thieme, Stuttgart 1973.
- PETRILOWITSCH, N.: Über die Bedeutung der psychiatrischen Pharmakotherapie für die Sozialpsychiatrie. Int. Pharmacopsychiat. 1 (1968), 56
- PETRILOWITSCH, N., R.BAER: Zykllothymie 1964-69. Fortschr. Neurol. Psychiat. 38 (1970), 601
- PLOEGER, A.: Zwischen Krankheit und Gesellschaft: Vom psychiatrischen Krankenhaus zur therapeutischen Gemeinschaft. In: Chronische endogene Psychosen. Hrsg.: H.Kranz, K.Heinrich. Thieme, Stuttgart 1973.
- SALM, H.: Zur Frage der Rehabilitation der chronisch-endogenen Psychosen. In: Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen. Hrsg.: F.Panse. Enke, Stuttgart 1967.
- SCHINDLER, R.: Wien, Zschr. Nervenhk. 65 (1958), 250
- SCHRAPPE, O.: Neurologische und psychiatrische Erkrankungen. In: Gutachten-Fibel. Hrsg.: K.H.Marx. Thieme, Stuttgart 1969.
- SCHULTE, W.: Extrapyramidal-motorische Störungen. Hirnatrophische Prozesse. Schwachsinn. Anfallsleiden. Endogene Psychosen. In: M.Reichardt: Einführung in die Unfall- und Rentenbegutachtung, 4.Aufl., v.Störing und Schellworth. Fischer, Stuttgart 1958.
- SCHULTE, W., W.MENDE: Endogene Psychosen. In: Das ärztliche Gutachten im Versicherungswesen. Hrsg.: A.W.Fischer, R.Herget, G.Mollowitz. Barth, München 1969.
- TÖLLE, R.: Medikamentöse Behandlung der Schizophrenien. Landarzt 42 (1966), 98
- WIECK, H.H.: Lehrbuch der Psychiatrie. Schattauer, Stuttgart 1967.

- WIESER, St.: Sozialprozesse bei chronisch psychischen Kranken und zur Frage der Rehabilitation. In: Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen. Hrsg.: F.Panse. Enke, Stuttgart 1967.
- WIESER, St.: Isolation. Vom schwierigen Menschen zum hoffnungslosen Fall. Rowohlt, Reinbek 1973.
- WING, J.K.: Soziotherapie, Rehabilitation und Management schizophrener Patienten. In: Sozialpsychiatrische Texte. Hrsg.: M.v.Cranach, A.Finzen. Springer, Berlin Heidelberg New York 1972.
- ZEILINGER, G.: Schizophrene und Zykllothyme am Arbeitsplatz. Med.Diss. Erlangen 1975.
- ZIMMER, K.-O.: Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten. Schmidt, Berlin 1965.

Dem Direktor der Universitäts-Nervenklinik mit Poliklinik
Erlangen, Herrn Professor Dr. H.H.Wieck, danke ich, daß er
durch die Überlassung der Krankenblätter sowie der Epikrisen-
Karten meine Dissertation an seiner Klinik ermöglicht hat.

Herrn Privatdozent Dr. R.Baer schulde ich Dank für die Über-
lassung des Themas, für seine wertvollen Ratschläge und die
hilfreiche und stets prompte Unterstützung bei der Durch-
führung dieser Arbeit.

Lebenslauf

Am 28. Februar 1951 wurde ich, Hans Heischmann, als Sohn des Architekten Alfred Heischmann (+ 28.2.1967) und seiner Ehefrau Katharina, geb. Bär in Nürnberg geboren.

Hier besuchte ich von 1957 bis 1961 die Volksschule Reutersbrunnenstraße, anschließend von 1961 bis 1970 das Willstätter-Gymnasium (neusprachliches Gymnasium). An dieser Schule legte ich die Reifeprüfung ab.

Im Oktober 1970 konnte ich mich für das Fach Medizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg immatrikulieren. Das Vorphysikum absolvierte ich in Erlangen im Juli 1971, das Physikum im März 1973. Von Oktober 1974 bis Juli 1975 studierte ich zwei Semester an der medizinischen Fakultät der Universität Rennes/Frankreich. Nach Fortsetzung des Studiums an der Universität Erlangen-Nürnberg legte ich hier am 10.2.1977 die ärztliche Prüfung ab.

Nürnberg, den 17. Februar 1977

Hans Heischmann

Copy - Center 2000

852 ERLANGEN · Obere Karlstr. 30
Tel. 09131 - 26197